FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** — N° 190

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Février 1900, à 1 heure

PAR

Willie BLACKBURN

DE

LA PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

PRÉSIDENT : **M. Paul BERGER**, professeur.

JUGES. — **MM. LE DENTU**, professeur.
LAUNOIS, } agrégés.
FAURE, }

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

190

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547213_0021

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — **THÈSE** — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 1er Février 1900, à 1 heure

PAR

Willie BLACKBURN

DE

LA PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

PRÉSIDENT : **M. Paul BERGER**, professeur.

JUGES. — **MM. LE DENTU**, professeur.
LAUNOIS, } agrégés.
FAURE, }

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

—

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
		THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PARRAIN

MONSIEUR H. LE MIERE

MAGISTRAT A L'ILE MAURICE

Je dédie cette thèse comme un témoignage de ma très grande reconnaissance et de mon affection sincère.

A MA MÈRE

Reconnaissance et tendresse filiale.

A MA SŒUR ÉLINE

A CEUX QUE J'AIME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR EDWIN BLACKBURN

DE L'UNIVERSITÉ D'ÉDIMBOURG

INTRODUCTION

Depuis que l'attention a été attirée sur la péritonite à pneumocoques, le nombre des observations de cette maladie s'est multiplié. De sorte que cette affection peut être considérée aujourd'hui comme rare, sans doute, mais non pas exceptionnelle. Plusieurs auteurs, comme nous le verrons en étudiant l'historique de la question, se sont occupés spécialement de cet état pathologique ; les uns ont étudié cette affection tout particulièrement chez l'enfant, chez qui elle est plus fréquente ; d'autres, comme Brault et Témime, l'ont étudiée chez l'adulte et l'adolescent.

En abordant ce sujet, nous ne pensons donc pas traiter une question absolument neuve. Nous avons pu recueillir, grâce à la bienveillance de notre maître M. le P^r^ agrégé Auguste Broca, une observation de péritonite à pneumocoques chez un enfant. Ce fait est d'autant plus intéressant à rapporter qu'il vient s'ajouter à la deuxième observation inédite de Lecoq, due également à notre maître, pour grossir le nombre des guérisons après intervention chirurgicale.

Notre but, dans ce modeste travail, sera donc de reprendre la question des péritonites à pneumocoques en général, à l'occasion de ce fait particulier, et de grouper, dans une seule étude, toutes les notions acquises sur cette maladie et toutes les observations que nous avons pu trouver dans la littérature médicale.

C'est pour nous une joie sincère de pouvoir adresser ici nos remerciements et l'expression de notre gratitude à tous nos maîtres.

Que M. le Pr agrégé Auguste Broca, qui a bien voulu nous suggérer l'idée de ce travail et nous en fournir les principaux documents, reçoive l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Si le lecteur trouve dans cette étude quelques notions nouvelles et quelques considérations intéressantes, tout l'honneur en revient à notre maître que nous ne saurions oublier.

Nous saisissons avec empressement l'occasion qui se présente à nous pour renouveler à notre maître M. le Pr agrégé Pierre Sébileau l'expression de notre très sincère et profonde reconnaissance. Le souvenir de toutes les marques de sympathie et de bienveillance que ce chirurgien nous a témoignées dernièrement, au cours d'une affection chirurgicale grave, ne s'effacera jamais de notre mémoire. Aussi nous tenons à dire ici à notre cher maître que nous nous rendons compte de ce dont nous lui sommes redevable.

Nous avons été élève de M. E. Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin. Nous avons gardé le meilleur souvenir de son enseignement clair et précis. Pendant notre long

stage dans son service de gynécologie du pavillon Pasteur, la bienveillance de notre maitre ne nous a jamais fait défaut. Nous nous faisons un vrai devoir de lui adresser l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

Notre vénéré et regretté maître M. le Pr Tarnier fut le premier à nous enseigner l'art des accouchements. Plus tard, nous avons été heureux de bénéficier de l'enseignement de MM. Bar et Bonnaire ; nous nous empressons de leur offrir nos plus vifs remerciements. Nous prions nos maîtres en médecine, MM. Albert Robin, Hutinel, d'agréer l'expression de toute notre gratitude. Nous avons aussi bénéficié de l'enseignement clinique de MM. les Prs Tillaux, Berger, Potain, Dieulafoy, Fournier. Nous tenons à leur témoigner notre grande reconnaissance.

M. le Dr Pierre Laurent, de Bois-Colombes, nous fit preuve de dévouement, de sympathie et d'estime pendant des minutes cruelles. Nous tenons aussi à lui dire que nous ne l'oublierons jamais.

Il serait injuste de passer sous silence le nom de notre ami, M. G. Keisler, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, dont le dévouement sans bornes, en toutes circonstances, ne nous a jamais fait défaut.

Enfin, nous prions M. le Pr Paul Berger de croire que nous apprécions à sa valeur le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs, jusqu'à l'ère bactériologique, qui n'est pas encore de date si reculée, n'avaient pas établi de distinctions définitives et nettes entre les diverses sortes de péritonites. La péritonite comprenait non seulement l'appendicite actuelle, mais encore toutes les inflammations du péritoine, quelle qu'en fût la cause. Bien plus, celle-ci n'était point recherchée, ou tout au moins restait inconnue, et grande était la place réservée aux péritonites dites idiopathiques.

Aujourd'hui les recherches bactériologiques ont bien modifié la division des péritonites comme de tant d'autres affections du reste. Elle a permis d'en établir toute une série de classes, parmi lesquelles l'une des plus récentes est sans contredit la péritonite à pneumocoques. Cette dénomination indique *a priori* qu'il s'agit d'une infection du péritoine, due au pneumocoque de Talamon et Fraenkel.

L'histoire de ces péritonites ne nous fait pas remonter très loin dans la littérature médicale. C'est, en effet, en 1886 que le Pr Cornil (1) publia le premier cas de péri-

(1) Cornil. *Journ. des connaiss. médic.*, 1886.

tonite à pneumocoques, qui fut du reste découvert à l'autopsie. La même année, M. Netter (1) put constater la présence du pneumocoque dans le péritoine d'individus morts de pneumonie, sans qu'il y eût pourtant aucune trace d'inflammation péritonéale. Weichselbaum (2) publia un cas de péritonite à pneumocoques, secondaire à une pneumonie.

En 1889 (3), le même auteur rapporte deux cas de péritonite primitive à pneumocoques, survenue chez des sujets déjà malades et terminée par la mort. La même année, Babès (4) signala cette affection. Puis viennent les observations d'une série d'auteurs français: Courtois-Suffit et Boulay (5), Sevestre (6), Nélaton (7), Netter (8), Galliard (9), Boulay (10), Lajotte (11), Morisse (12), Lecoq (13), Cassaët (14).

---

(1) Netter. *Thèse de Ménétrier*, grippe et pneumonie, Paris, 1886.
(2) Weichselbaum. *Wien. klinische Wochensch.*, 1888.
(3) Weichselbaum. *Cent. Bl. für bakteriol.*, janv. 1889.
(4) Babès. Bactériol. intersuchengen über septische Processe des Kindes alters, 1889, p. 9.
(5) Courtois-Suffit et Boulay. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1890.
(6) Sevestre. *Soc. méd. des hôp.*, mai 1890.
(7) Nélaton. *Bull. méd.*, octobre 1890.
(8) Netter. *Arch. de méd. expérim.*, 1890.
(9) Galliard. *Soc. méd. des hôp.*, 1890.
(10) Boulay. *Thèse*, Paris, 1891.
(11) Lajotte. *Thèse*, Paris, 1891.
(12) Morisse. *Thèse*, Paris, 1892.
(13) Lecoq. *Thèse*, Paris, 1893.
(14) Cassaet. *Archives cliniques de Bordeaux*, avril 1896.

ÉTIOLOGIE

La localisation péritonéale du pneumocoque est, au dire des auteurs les plus autorisés, une localisation rare. En effet, M. Netter(1) disait à la Société de biologie que, sur 151 infections à pneumocoques observées par lui, soit sur des malades, soit à l'autopsie, il n'avait rencontré que deux péritonites, et cela chez l'enfant. Depuis que l'on a pris l'habitude d'examiner le pus au point de vue bactériologique et que l'attention a été attirée vers les péritonites à pneumocoques, le nombre de ces dernières s'est un peu accru ; pourtant l'affection n'en reste pas moins rare et plus encore chez l'adulte que chez l'enfant, comme l'ont justement fait remarquer Brault et Témime ; ce dernier, dans sa thèse récente (1898), ne rapporte que trois observations de péritonite à pneumocoques chez l'adulte.

Elles peuvent être consécutives à une pneumonie et alors seraient, au dire de Cassaët, plus fréquentes chez

(1) Netter. *Soc. de biol.*, 26 juill. 1890.

l'adulte. En dehors de la pneumonie, que l'infection péritonéale soit primitive ou secondaire, il semble que les enfants soient plus communément atteints. C'est d'ailleurs l'opinion de Kirmisson.

Le sexe ne paraît pas avoir une influence marquée, bien que quelques auteurs aient pensé que le sexe féminin était plus prédisposé.

Nous n'avons rien à dire de l'influence professionnelle ou de l'influence saisonnière qui paraissent ici être nulles. Les plus intéressantes à étudier sont les causes prédisposantes. Cassaët les divise en deux classes :

1° Lésions péritonéales antérieures, constituant dans le péritoine lui-même un lieu de moindre résistance qui provoque la localisation.

2° Circonstances diminuant la vitalité de l'organisme et atténuant ses défenses.

Parmi les premières, on peut incriminer les adhérences anciennes de l'intestin avec le péritoine pariétal, ou avec des viscères voisins (Cornil).

Dans les cas de Guido-Banti et Weichselbaum il existait un néoplasme abdominal. Galliard incrimine une inflammation de la trompe de Fallope ; ailleurs, on signale la présence d'une cirrhose atrophique avec ascite, de rétention d'urine, etc.

A côté de ces causes, il faut admettre l'influence de l'alcoolisme et de l'absinthisme dont parlent Boulay et Courtois-Suffit ; celle du refroidissement, Arnozan et Cassaët. Il y aurait, d'après Cassaët, 50 pour 100 des cas où les causes prédisposantes paraissent avoir une réelle importance.

Mais l'élément essentiel indispensable de cette infection est la présence constatée du pneumocoque dans le pus. Weichselbaum, Babès, Cazin, Netter et Boulay, Bozzolo, Guido-Banti, Courtois-Suffit, etc., ont noté la présence de ce microbe, de sorte qu'il y a unanimité à ce point de vue. Mais il y a des pneumocoques fort différents les uns des autres quant à leur virulence. Celle-ci a été constatée dans plusieurs observations où l'inoculation a montré que cette virulence est généralement considérable, plus grande que celle que présente ordinairement le pneumocoque.

Tantôt ce microbe est seul en cause ; tantôt, au contraire, il y aura des infections secondaires. Cornil a trouvé le streptocoque qui a été vu du reste par plusieurs autres auteurs. Encore n'est-il point prouvé que les chaînettes ne fussent point des chaînettes de pneumocoques ? On a vu souvent le bacterium coli (Charrin et Veillon).

Par où le pneumocoque peut-il arriver dans la cavité péritonéale ? Il peut suivre les voies digestives, cutanées, génitales, lymphatiques ou sanguines. La voie génitale est évidemment des plus rares ; elle est possible, mais il s'en faut qu'elle soit matériellement établie. La voie cutanée, également possible, n'a été observée dans aucun des cas publiés.

La plupart des auteurs incriminent la voie sanguine pour le transport du pneumocoque, elle est possible, mais nous la croyons moins fréquente que la voie lymphatique. Du reste dans les autopsies de pneumoniques, où le microbe a été retrouvé dans l'abdomen, il existait surtout à la surface du foie et dans les hypocondres.

Comment se fait-il, étant données ces voies nombreuses d'infection, que la péritonite à pneumocoques reste une affection rare? Puisque le pneumocoque semble aimer les séreuses (méninges, plèvres), pourquoi le péritoine est-il si souvent respecté. On ne peut supposer que la plèvre soit plus exposée que la séreuse abdominale par ses rapports avec le poumon, car le péritoine est en relation, lui aussi, avec l'air extérieur de la même façon par l'intermédiaire de l'intestin qu'il tapisse.

Si le pneumocoque est un hôte habituel de la bouche, comme cela a été établi par Goldenberg, Weichselbaum et Wolf, Netter, il devrait aussi facilement être entraîné dans les voies digestives que dans les voies respiratoires, et le péritoine serait aussi exposé que la plèvre.

Pourtant, on peut admettre que les sécrétions du tube digestif peuvent gêner le développement du microbe et l'empêcher de produire des accidents.

Les expériences de Netter et Boulay (1) ont cependant montré que le pneumocoque pouvait être retrouvé dans le péritoine quelle que soit la voie par laquelle il ait été apporté.

Mais il n'avait pas produit de réaction inflammatoire. Quelle peut en être la raison?

Sans doute, l'homme est assez résistant à l'infection pneumococcique, comme l'a montré Gamaleia (2).

Mais il est encore une autre condition à envisager,

---

(1) Netter. Le pneumocoque. *Arch. de méd. expér.*, 1890

(2) Gamaleia. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1888.

c'est celle de la virulence. On sait depuis les travaux de Roger et Bonnet(1) que le pus des abcès anciens et non ouverts passe par les quatre phases suivantes :

1° Phase de virulence ;

2° Phase d'atténuation, les microbes pouvant encore se reproduire *in-vitro* ;

3° Phase de mort avec persistance des cadavres dans le pus ;

4° Phase de disparition des cadavres microbiens.

On peut se demander à laquelle de ces phases appartenaient les microbes constatés dans les cas qui nous occupent.

Il a été prouvé également, par les recherches bactériologiques, que le pneumocoque cultivé *in-vitro* a une existence des plus éphémères : il meurt au bout de quelques jours ; c'est pourquoi, sans doute, la pneumonie est une maladie cyclique.

On est donc porté à penser que la rareté des péritonites post-pneumoniques est due à cette rapide atténuation de la virulence du pneumocoque.

Pour M. Cassaët, il y aurait encore une autre raison, expliquant la rareté de ces affections ; il pense que la pneumonie détermine une immunité naturelle, qu'elle amène la création d'un état réfractaire de nos tissus pendant un temps variable. Le fait est possible, mais il faut alors dire que cette immunité elle-même est très éphémère, puisque la pneumonie est, comme on sait,

---

(1) Suppurations amicrobiennes. *Soc. méd. des hôp.*, 5 juill. 1895.

une maladie qui récidive souvent, même un grand nombre de fois.

Toutes ces réflexions ne peuvent s'appliquer qu'aux péritonites à pneumocoques apparaissant dans le décours de la pneumonie ; mais il y en a d'autres, dues au même microbe, qui accompagnent la pleurésie, la méningite, l'arthrite à pneumocoques. Là, il faut bien l'admettre, l'infection se fait par une embolie microbienne, et d'ailleurs, on a pu expérimentalement en obtenir chez les animaux par injection intraveineuse. Ces embolies microbiennes sont entraînées et s'arrêtent au hasard. Or, comme les vaisseaux du péritoine ou bien sont réduits en capillaires avant de l'aborder, ou bien sont plus volumineux et se rendent à l'intestin, on comprend que la péritonite doive être très rare : on aurait plutôt dans ces circonstances des entérites à pneumocoques, comme Weischselbaum en a vu un cas publié par Boulay.

Il est évident qu'en cas de péritonite, il faut des lésions multiples, livrant passage au pneumocoque. Les traumatismes et les inflammations antérieures paraissent mettre le péritoine dans un état de réceptivité plus grande et de moindre résistance.

Il nous reste à parler maintenant des péritonites à pneumocoques véritablement primitives, apparaissant en dehors de toute autre manifestation du même microbe.

L'apport microbien se fait par voie sanguine, mais il faut encore l'intervention de causes secondes pour appeler et localiser l'infection au péritoine.

Cassaët parle de l'influence du froid prolongé qui avait paru jouer un rôle dans son observation. Il admet

aussi qu'un traumatisme (un coup d'épée par exemple) pourrait être le point de départ de la péritonite à pneumocoques. Le fait n'a jamais été constaté, par conséquent nous n'avons pas à nous arrêter à cette question.

Bien plus souvent on a noté dans les antécédents de ces malades des infections du tube digestif avec lésions plus ou moins importantes, qui ont, pour ainsi dire, cantonné l'infection pneumococcique vers le péritoine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la péritonite à pneumocoques sont celles que ce microbe détermine d'une façon générale sur toutes les séreuses. Il s'agit donc d'une véritable inflammation spécifique.

La séreuse est épaissie, recouverte de fausses membranes fibrineuses et stratifiées ; elle ne se laisse pas étirer. Les anses intestinales sont également recouvertes de néo-membranes fibrineuses qui produisent des adhérences plus ou moins solides entre les diverses anses intestinales. Par places, le péritoine est comme hérissé de fausses membranes villeuses rappelant l'aspect, qu'il est classique de comparer à la langue du chat ou à deux tartines de beurre brusquement séparées.

Très souvent le grand épiploon ayant subi des modifications analogues s'accole aux anses malades et à la paroi enflammée. Sous ces fausses membranes, on constate une vascularisation exagérée, les vaisseaux sont injectés par places, il y a même quelquefois des petits foyers hémorragiques.

Ordinairement cette infection du péritoine tend à se

localiser ; elle est pourtant assez étendue dans bien des cas. C'est ainsi que dans l'observation de la malade de Galliard le pus occupait la région sous-hépatique, la région splénique et deux loges droites anté et rétro-épiploïques.

Ce n'est pas à dire cependant que la limitation de l'infection existe toujours. Certains auteurs ont observé, en effet, une véritable péritonite généralisée. Mais d'ordinaire, il y a tendance au cloisonnement, à la limitation ; c'est là un des caractères anatomo-pathologiques de la péritonite à pneumocoques. Ces fausses membranes qui cantonnent l'infection se développent avec une grande rapidité. Cassaët et Cornil ont montré qu'elles pouvaient s'établir efficacement en moins de 48 heures. Cette notion anatomo-pathologique est extrêmement importante tant au point de vue du pronostic de l'infection qui en devient plus favorable, qu'au point de vue du traitement de la maladie qui, lui, devient plus difficile, et se complique ; à cause de la possibilité de foyers secondaires de péritonite locale qui peuvent passer inaperçus pendant l'opération.

Il nous reste à parler des caractères du pus que l'on rencontre dans la péritonite à pneumocoques. Ce pus est véritablement spécial ; dans un cas l'auteur avait pensé à une péritonite tuberculeuse ; la vue du liquide purulent au cours de l'opération redressa complètement le diagnostic. Tantôt c'est une sérosité louche plutôt que du pus véritable, tantôt, au contraire, c'est du pus bien lié, épais, et généralement de coloration verdâtre ; il est assez visqueux ; en certains points où il infiltre les fausses

membranes, on a pu comparer la lésion à de l'omelette mal cuite. Dans quelques cas (Goriastsckine), le pus a une coloration brunâtre, noirâtre, mais cela est beaucoup plus rare ; ce pus est extrêmement riche en fibrine, il contient des grumeaux qui nagent dans le liquide et parfois même de grands filaments fibrineux flottant par une de leurs extrémités et adhérant par l'autre ; ces filaments sont difficiles à extirper. Ailleurs la fibrine s'est coagulée en véritable masse et on a des caillots nageant dans le pus.

A côté de ces lésions principales, nous rappellerons rapidement les lésions de voisinage ou portées sur d'autres organes. On a noté, en même temps que la péritonite à pneumocoques, des infections bronchiques, des broncho-pneumonies, des pneumonies, des congestions de la rate, du foie et du poumon, de la myocardite, de la méningite, des abcès sous-cutanés. Dans ces cas, comme le remarque très justement Cassaët, il semble bien que toutes les lésions, y compris la péritonite, aient marché de pair et soient le résultat d'une infection, généralisée par voie sanguine, dont la péritonite n'est qu'une localisation.

Il faut signaler encore des pleurésies diaphragmatiques et des péricardites qui présentent les mêmes caractères que les lésions du péritoine et qui sont le résultat d'une propagation microbienne par voie lymphatique.

Le rein est aussi un des organes les plus atteints; on sait du reste qu'il est presque toujours touché dans les pneumonies.

Le foie est volumineux, pâle; il a les caractères extérieurs du foie gras et il peut subir une dégénérescence stéatosante, analogue à celle qu'on observe au début des empoisonnements. C'est certainement le foie qui est l'organe le plus fortement atteint.

Quant à l'agent même de l'infection c'est le pneumocoque, dont les caractères sont aujourd'hui bien connus; nous les résumerons seulement en quelques lignes.

Le pneumocoque, découvert et étudié, comme on sait, par Talamon et Fraenkel et ensuite par Netter, est un microbe qui se rencontre à l'état normal dans la salive, les fosses nasales et le mucus bronchique. Il appartient à la grande catégorie des cocci et se range dans la famille des diplocoques. Il est formé de petits grains lancéolés, accouplés par deux ordinairement, et entouré d'une capsule qui se gonfle par l'acide acétique. Ces grains s'opposent l'un à l'autre par leurs grands axes et lorsque le microbe a été cultivé, il perd sa membrane d'enveloppe. On le colore par toutes les couleurs d'aniline et particulièrement par le violet de gentiane et la fuchsine; il reste coloré par la méthode de Gram, ce qui le différencie du bacille de Friedlaender; la capsule se colore d'une façon beaucoup moins intense que le microbe. On peut le cultiver dans du bouillon, sur du sérum ou sur de la gélose. On ne peut le cultiver sur gélatine, car il ne pousse bien qu'à la température de 34°. Le bouillon se trouble légèrement avec un dépôt pulvérulent. Sur gélose, les colonies sont transparentes et comparées à des gouttes de rosée. C'est un microbe aérobie ou anaérobie, à volonté.

Cultivé dans le vide, il conserve sa virulence. Aérobie, il meurt au bout de peu de temps et la culture devient acide; enfin, il sécrète une toxine précipitée par l'alcool et le sulfate d'ammoniaque.

Dans le péritoine, il fournit un pus généralement épais, verdâtre et surtout de fortes fausses membranes dont l'épaisseur est considérable.

SYMPTOMES

Les signes par lesquels se révèle la péritonite à pneumocoques sont un peu variables, suivant que l'affection se développe primitivement, qu'elle est associée à une autre maladie, ou qu'elle est consécutive à la pneumonie.

La péritonite primitive est celle qui présente le plus grand intérêt au point de vue symptomatique. Ne constitue-t-elle pas en effet le type le plus pur de l'affection; c'est donc par son étude que nous commencerons.

Un premier point important se dégage bien net de la lecture de toutes les observations; c'est l'absence totale de tout symptôme prodromique. Cette absence de prodromes a une valeur diagnostique très importante. Dans notre observation personnelle, en particulier, le début a été brusque, sans qu'aucun symptôme ni même aucun malaise n'ait pu l'annoncer. Le début de la maladie est donc ordinairement soudain. Les observations de Sevestre, de Galliard, de Goriastsckine, de Morisse, de Brault, de Cassaët ne sont pas moins explicites à ce point de vue que celle que nous publions dans ce travail.

Tous les auteurs sont donc à peu près d'accord sur la brusquerie et la violence de ce début en coup de foudre. Il est très exceptionnel que la péritonite pneumococcique primitive commence d'une façon plus insidieuse et en quelque sorte subaiguë (Morisse).

En général, sauf le cas où une syncope ouvre la scène (troisième observation de Goriastsckine), le premier symptôme est la douleur.

Elle est ordinairement très vive, parfois même atroce et elle paraît se localiser d'emblée à la place qui deviendra bientôt le point de départ de l'épanchement. Apparaissent ensuite des vomissements nombreux, incessants; ils sont assez abondants et généralement bilieux. La diarrhée, fréquemment abondante, est de règle, et les frissons ont été souvent notés.

Il est intéressant, comme l'a fait Cassaët, de rapprocher ce début de celui de la pneumonie; tous deux ont la même soudaineté, la même violence et la même fixité de la douleur, les mêmes vomissements bilieux, et si le frisson est moins intense dans la péritonite, la température dans les deux cas s'élève brusquement presque à son maximum.

La maladie entre alors dans sa période d'état, les signes fonctionnels du début persistent; la douleur, dont le siège initial est important, pourra irradier dans toutes les régions de l'abdomen; mais elle conservera son intensité maxima au point primitif. Les vomissements qui persistent avec ténacité et augmentent même dans les autres péritonites aiguës ne paraissent pas ici persister plus de 48 heures.

Au dire de Cassaët, la diarrhée serait constante au début et persisterait pendant à 8 à 15 jours et disparaîtrait peu à peu, au fur et à mesure que le ventre se ballonne. Cette diarrhée n'a pas la constance qui lui a été accordée. Dans notre observation, en particulier, la constipation qui existait dès le premier jour n'a cessé qu'après un purgatif. On ne peut donc attribuer de valeur spécifique à ce symptôme.

La température, souvent très élevée dès le début (39° et 40°), peut néanmoins osciller entre 38° et 39°; mais, d'une façon générale, le thermomètre monte rapidement au début; puis la courbe s'établit en plateau, tantôt élevée comme dans la pneumonie, tantôt plus inférieure et enfin elle devient irrégulière avec ascension vespérale et rémission le matin; elle prend les caractères d'une fièvre septicémique par rétention purulente.

Dans les cas où l'intervention chirurgicale est faite, elle est immédiatement suivie d'une défervescence brusque. Dans notre cas, comme le montre le tracé, la température est tombée de 39° à 37°,5.

Le pouls est régulier, mais il devient rapide, faible, filiforme et incomptable; il bat à 120, 130, 140 par minute au début de la maladie. Un peu plus tard, sa fréquence diminue.

La marche de la respiration est parallèle à celle du pus; elle devient fréquente au début et ne s'accentue par la suite que lorsque la maladie augmente d'intensité. Elle est essentiellement liée à une intoxication bulbaire.

Il y a en outre des symptômes urinaires qui ont leur

importance. Outre que la quantité d'urine est diminuée, tantôt par défaut d'excrétion (rétention d'urine), plus souvent par défaut de sécrétion, on a fréquemment noté de l'albuminurie ; mais celle-ci ne paraît pas avoir une grande valeur symptomatique. Dans notre cas, il y avait olygurie avec dysurie ; cette difficulté de la miction paraît assez commune ; elle a été signalée par plusieurs auteurs.

Les signes physiques ont une importance beaucoup plus grande que les signes fonctionnels dont nous venons de parler. Le premier d'entre eux est le météorisme abdominal. Sans modification de la paroi, le ventre se ballonne d'emblée d'une façon à peu près uniforme. Mais plus tard il y a une détente, le ventre diminue en certains points pour ne rester volumineux que dans les régions où l'infection se localise.

La palpation donnerait une sensation de rudesse quand on mobilise la paroi sur les couches profondes ; il semble que les feuillets péritonéaux, pariétal et viscéral, adhèrent entre eux, et on perçoit parfois un véritable frottement.

On constate encore de l'empâtement profond ; les anses intestinales sont devenues adhérentes entre elles et toute la région paraît comme matelassée. Bientôt après le début, la tuméfaction devient de plus en plus nette ; il y a de la rénitence, puis de la fluctuation vraie. Malgré le météorisme, la percussion fournit plutôt de la submatité liée à l'existence des fausses membranes et du liquide. Enfin on percevra de la rénitence et bientôt de la fluctuation.

Ces modifications se succèdent avec une grande rapidité, mais l'épanchement peut être total ou enkysté par des adhérences. Dans le premier cas, la matité siégera dans les points déclives : « C'est alors que l'on note la matité en forme de croissant ouvert vers la région épigastrique quand le malade est dans le décubitus dorsal » (Cassaët). Bien plus souvent, l'inflammation se limite et se circonscrit en un foyer de péritonite enkystée, l'empâtement, la fluctuation et la matité sont alors bien localisées en une région qui n'est pas fatalement déclive.

Nous ne dirons rien de l'auscultation, c'est un moyen d'exploration souvent inutile auquel on a rarement recours.

L'état général n'est pas moins intéressant à étudier. L'abattement est profond, la lassitude extrême; on note de la céphalalgie, de la prostration, de l'anxiété; la langue est sèche, les lèvres fuligineuses; c'est en un mot un véritable état typhoïde, avec altération des traits donnant le facies péritonéal.

Quant à la période terminale, elle est variable. Si l'infection est profonde et qu'il n'y ait pas eu d'intervention, les signes précédents ne s'atténuent pas. Après une période d'agitation et de délire, la mort survient rapidement. Mais si l'organisme résiste plus longtemps et permet à la phase purulente de s'établir, l'affection revêtira la marche d'une septicémie véritable qui peut, elle aussi, être mortelle.

Lorsque l'enkystement et la limitation de l'abcès se sont opérés de bonne heure, l'ouverture spontanée pourra se faire le plus souvent vers l'ombilic, mais l'éva-

cuation est insuffisante. Sans doute, la guérison peut survenir ainsi spontanément, témoin le cas publié par Comby, dans son article du Traité des maladies de l'enfance. C'est une éventualité sur laquelle on ne peut compter et l'intervention du chirurgien n'en reste pas moins indispensable.

Les signes des péritonites associées sont assez différents de ceux que nous venons de voir.

Généralement, le début ne présente pas cette soudaineté et cette brusquerie caractéristiques; ce sont les signes de l'affection antérieure qui dominent, ou bien d'autres localisations du pneumocoque sur la plèvre, sur les méninges, masquent l'infection péritonéale, qui devient difficile à diagnostiquer.

On n'aura que la constatation des signes physiques pour mettre sur la voie, et encore ces symptômes, qui sont ceux de toute inflammation péritonéale, n'auront absolument rien de spécifique.

Quant à la péritonite post-pneumonique, on la connaît assez mal, en raison du petit nombre de cas publiés.

Dans l'observation de Nélaton, l'évolution ressemblait à celle d'une pleurésie métapneumonique. Mais, en somme, il ne paraît pas que l'affection revête, dans ces cas, de caractères bien spéciaux permettant une description clinique à part.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'affection qui nous occupe comporte deux questions que nous envisagerons successivement :

1° Y a-t-il péritonite ?

2° La péritonite est-elle à pneumocoques ?

D'ailleurs, le diagnostic de la péritonite elle-même présente, suivant les circonstances, des difficultés plus ou moins grandes.

Lorsque la péritonite est primitive, le diagnostic est généralement assez facile, et, comme le dit Cassaët, la douleur subite est très vive dans l'abdomen ; les vomissements répétés, la diarrhée suivie de constipation, la fièvre, les frissons, le pouls et la dyspnée, l'albuminurie avec dysurie font déjà penser qu'il existe une péritonite, et cette opinion se confirme par l'observation du météorisme, de la submatité, de l'empâtement avec rénitence ou même de la fluctuation. L'état typhoïdique plus ou moins accentué témoigne de la gravité de l'affection.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, surtout lorsqu'on

n'est pas appelé à examiner le malade dès le début de la péritonite. Ce début lui-même n'est pas toujours brusque et aigu ; il y a simplement malaise général, quelques vomissements ; la douleur n'existe que par les mouvements ou par l'exploration ; en un mot, les phénomènes réactionnels manquent en grande partie. Dès lors, tout en songeant à une affection à manifestations abdominales, on peut croire à une autre maladie. De même, chez les sujets examinés un peu après le début, ou à la période terminale, les vomissements cessent, la fièvre diminue, la douleur s'efface et « le bien-être, précurseur de la mort a succédé à l'anxiété du début » (Cassaët). Dans ces conditions, le diagnostic peut errer. C'est surtout avec la fièvre typhoïde que l'on pourra faire la confusion, d'autant plus que le début de celle-ci est parfois assez brusque chez l'enfant. Sans doute il y a de la diarrhée dans la fièvre typhoïde, mais elle peut exister dans la péritonite.

Morisse nous dit même que les taches lenticulaires peuvent prêter à confusion, car on peut les observer dans toutes les suppurations. Mais dans la dothiénentérie la douleur est rarement généralisée, la fièvre a une régularité qui n'existe pas dans la péritonite. C'est sur ces symptômes que l'on devra faire surtout le diagnostic.

Il importe en effet de ne pas attendre l'évolution de la maladie pour établir la différence, car en cas de péritonite, on aurait laissé passer l'heure d'une intervention opportune. Aussi, dans les cas difficiles, comme celui de M. Brault, publié par Témime, y aurait-il avantage à essayer le sérodiagnostic de Widal qui lèverait tous les doutes. Du reste, lorsque cette tentative n'aura pas

donné de résultats, il sera peut-être possible, en examinant le sang, d'y déceler le pneumocoque.

La typhlite ne peut guère prêter à confusion ; cette maladie est d'ailleurs très rare. Mais l'appendicite sera quelquefois plus difficile à différencier ; ici l'erreur serait beaucoup moins grave aujourd'hui où l'intervention précoce en cas d'appendicite est entrée dans les mœurs chirurgicales.

Il s'agit donc nettement d'une péritonite, peut-on pousser plus loin le diagnostic ? Peut-on préciser la nature pneumococcique de l'infection ?

Tout d'abord, on peut procéder par élimination ; on reconnaîtra facilement les péritonites puerpérales sur les caractères desquelles nous n'avons pas à insister ici.

La péritonite appendiculaire est moins facile à différencier. Mais en recherchant dans les antécédents, on apprendra que le malade a présenté de la constipation, des troubles digestifs, des crises appendiculaires antérieures, et enfin, même si la douleur a commencé à se généraliser, elle est nettement maxima au niveau du point de Mac Burney.

La péritonite par perforation apparaît d'ordinaire avec un début bruyant et un ensemble symptomatique comparables à ce qu'on observe dans la péritonite à pneumocoques. Toutefois l'hyperthermie plus accusée du début fait bientôt place à de l'hypothermie ; la dysurie est très intense ; le météorisme et la matité surviennent presque immédiatement et l'évolution est très rapide. Enfin, la perforation était souvent prévue en raison d'une affection antérieure en évolution.

Il est encore un autre diagnostic qui ne laisse pas que de présenter quelque difficulté, c'est la péritonite tuberculeuse. Ainsi que l'a montré Galliard, c'est à la période terminale de la péritonite à pneumocoques, pendant la phase septicémique, que l'erreur est possible, car la fièvre a les mêmes caractères que la fièvre hectique ; les exsudats péritonéaux masquent par places la sonorité tympanique ; enfin il y a des collections liquides entre les parties déclives.

Cet ensemble rappelle bien le ventre bosselé, inégal, et les gâteaux d'adhérence de la péritonite tuberculeuse.

Dans ces cas la confusion n'aurait cependant pas une importance extrême. On sait, en effet, tout le bénéfice que l'on retire d'une laparotomie en cas de péritonite tuberculeuse. Or, c'est précisément à cette intervention qu'il faut s'arrêter dans la péritonite à pneumocoques. Du reste, on pourrait encore asseoir définitivement le diagnostic différentiel sans faire courir le moindre danger au malade en faisant une simple ponction aspiratrice. L'examen direct et immédiat du liquide retiré permettra le diagnostic de la cause. Mais, il faut l'avouer, ce diagnostic causal n'est pas indispensable.

L'important est de faire le diagnostic de péritonite aiguë ou subaiguë ; la nature de l'affection ne modifie en rien les indications opératoires. Ces considérations ont conduit Témime à dire : « Il y a beau temps qu'on a fait le procès des ponctions aspiratrices en chirurgie pour tout ce qui concerne les tumeurs et les collections abdominales ». On devra donc, comme nous le dirons

tout à l'heure, intervenir franchement par la laparotomie et cette opération permettra de poser immédiatement le diagnostic de la nature ou de le confirmer, et de traiter la cause.

Même, lorsqu'on a pratiqué la laparotomie, il est utile de faire l'examen du liquide, car le diagnostic exact de la nature influera parfois beaucoup sur le pronostic à porter.

En résumé, on peut dire que la brusquerie du début ; la douleur, les vomissements, la diarrhée, la fièvre intense avec état général grave doivent faire penser à la péritonite à pneumocoques, surtout si les symptômes physiques, faisant leur apparition, les symptômes du début s'atténuent au fur et à mesure que la lésion se localise. Mais dans bien des cas, l'hésitation est permise et on devra se contenter pour intervenir du diagnostic de péritonite aiguë. C'est dire que le diagnostic de la nature est souvent difficile, que dans certaines circonstances même, il est impossible de l'affirmer ; mais nous ne saurions souscrire à l'opinion de Témime, lorsqu'il considère pour impossible d'établir le diagnostic de péritonite à pneumocoques par les symptômes et l'évolution de la maladie, et nous pensons que la clinique est assez souvent capable par elle-même d'établir un diagnostic précis.

PRONOSTIC

Le pronostic des suppurations à pneumocoques est un pronostic relativement bénin, à la condition que l'intervention chirurgicale soit faite en temps opportun. Netter a montré que dans les collections purulentes de l'oreille dues au pneumocoque, la guérison est facile ; il a encore montré que les pleurésies purulentes, traitées de la même façon, donnaient 2,5 pour 100 de morts quand elles sont à pneumocoques et 25 pour 100 de morts dans les autres cas.

Si la péritonite était abandonnée à son évolution spontanée, le pronostic serait à peu près fatal ; on peut dire que la maladie ne saurait se terminer que par la mort, car l'éventualité d'une guérison spontanée comme celle observée par Comby, par exemple, est tellement rare, qu'elle ne peut entrer en ligne de compte.

En effet, si l'ouverture spontanée à l'ombilic n'est pas un fait tout à fait exceptionnel, elle est du moins tardive et insuffisante à supprimer les accidents péritonéaux. Le traitement chirurgical produisant l'évacuation précoce et établissant le drainage a modifié complètement l'issue de la maladie.

Parmi les malades qui ont été atteints de péritonite primitive et dont les observations sont publiées, on trouve une mortalité de 50 pour 100; mais il faut noter que la moitié seulement des malades ayant succombé avaient subi l'opération, que celle-ci le plus souvent avait été tardive et qu'enfin tous les malades qui ont guéri, ont guéri par l'opération, à part celui de Comby.

Cassaët donne pour les péritonites associées une mortalité de 87,5 pour 100. Il est évident que cette gravité est due à l'intoxication considérable par résorption des liquides septiques contenus dans les foyers abdominaux. Il faut bien songer que dans les cas de péritonites associées, il est aussi nécessaire de tenir compte de l'importance de l'organe atteint.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette variété est très grave. Mais la léthalité s'élève encore beaucoup plus pour la troisième catégorie, celle des péritonites post-pneumoniques. C'est heureusement aussi la variété rare, puisqu'on n'en connaît que quatre cas ; mais elle paraît donner une mortalité de 100 pour 100; encore faut-il noter que dans le cas de Nélaton, par exemple, le diagnostic exact avait été porté assez tôt et que la laparotomie avait été faite.

En résumé, le pronostic est un peu moins grave pour la péritonite à pneumocoques que pour les autres péritonites aiguës, mais il convient de diviser ces péritonites en deux classes, suivant qu'elles surviennent chez l'enfant ou chez l'adulte. Chez l'enfant, où l'évacuation spontanée du pus par la cicatrice ombilicale a été observée, sans être suffisante, la guérison pourrait à la riguenr

avoir lieu par ce mécanisme ; en effet, Gaudron, dans sa thèse, a pu réunir 23 cas de péritonite chez l'enfant, avec évacuation par l'ombilic, parmi lesquels on trouve 13 guérisons, mais c'est là une terminaison sur laquelle on ne doit jamais compter.

Le pronostic de la péritonite à pneumocoques chez l'enfant est manifestement meilleur que chez l'adulte ; chez celui-ci la mortalité est très considérable, mais il semble, comme le dit Témime, que le jour où l'on interviendra sans hésiter, en ne s'attardant pas à l'inutile tentative d'un traitement médical, le pronostic deviendra moins mauvais et se rapprochera de ce qu'il est chez l'enfant.

Signalons, pour terminer ce chapitre de pronostic, quelques signes de gravité exceptionnelle ou d'aggravation sur lesquels Cassaët insiste. La virulence du pneumocoque doit faire prévoir une gravité exceptionnelle : ce fut le cas chez le malade de Guido Banti.

Les signes qui indiquent au clinicien l'aggravation de la maladie sont la petitesse et la précipitation du pouls, le délire, la dyspnée avec accélération respiratoire, la tendance au collapsus, la syncope ; de même, lorsque la cyanose fait son apparition, lorsque les extrémités se refroidissent, lorsque la langue surtout devient froide et lorsqu'après une intervention la température reste élevée d'une façon persistante, le pronostic est extrêmement mauvais.

OBSERVATIONS DE PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES OPÉRÉES

Observation I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. A. Broca.)

Germaine G..., âgée de 4 ans, entre le 20 juin 1899 à la salle Valleix : hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Le père de cette enfant est bien portant. La mère a eu la fièvre typhoïde il y a 8 ans et a présenté des hémorragies intestinales à cette époque. Deux autres eufants sont morts l'un d'une péritonite, l'autre d'une affection inconnue ; un autre enfant est bien portant.

Antécédents personnels. — Cette enfant a été élevée au sein, a eu la rougeole à deux ans et à trois ans fit une bronchite.

Histoire actuelle. — La maladie a débuté il y a 15 jours d'une façon très brusque. A 7 heures du soir, sans cause appréciable, la petite malade a ressenti une douleur de ventre extrêmement intense qui a persisté pendant toute la nuit. Cette douleur, qui n'était d'ailleurs pas continue, apparaissait par instants, à intervalles assez éloignés. A ce moment l'enfant portait la main surtout du côté droit, précisant le siège de la douleur au niveau de la fosse iliaque.

Durant cette même nuit, la petite malade a eu 2 vomissements vers 10 et 11 heures ; elle était pâle et avait le nez pincé. Très altérée, elle demandait constamment à boire. Depuis ce moment l'enfant a continué de souffrir ; la constipation qui était très marquée dès le premier jour n'a cessé qu'avec un purgatif il y a 8 jours.

C'est le 20 juin que la malade entre dans le service de M. Netter. Elle fut amenée parce que depuis 8 jours elle souffrait davantage du ventre et présentait des vomissements dont la fréquence s'accentuait chaque jour.

Les urines sont rares et la miction difficile.

Très augmenté de volume, le ventre est ballonné au niveau de l'ombilic et au-dessous de lui. La paroi abdominale semble soulevée par une collection purulente. La palpation à ce niveau est douloureuse et montre que la paroi abdominale est tendue et résistante. La tuméfaction est surtout marquée sur le côté droit ; elle s'étend jusqu'à la ligne médiane qu'elle dépasse même ; la douleur à la pression est bien nette. En percutant à gauche, on perçoit un peu de submatité qui empiète sur la ligne médiane, la douleur est très accusée, le pouls bat à 120, mais il est régulier. Température 39°.

Opération. — Le 21 juin 1899, M. Broca fait la laparotomie. Il fait à droite une incision sur le bord externe du grand dorsal, et tombe sur une collection très abondante de pus épais, grumeleux, sans odeur, et qui contient de nombreuses fausses membranes.

Drainage. On pense à une péritonite enkystée à pneumocoques.

Température post-opératoire, 37°,5. Rien de particulier dans les suites.

Le 29 août, l'enfant put sortir complètement guérie.

Observation II

Péritonite primitive à pneumocoques.

(Sevestre, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1890.)

Suzanne X..., âgée de 8 ans, avait toujours eu une santé excellente et, à part une rougeole et une varicelle, légères d'ailleurs, n'avait jamais été malade ; elle n'avait jamais présenté un trouble, même temporaire, des fonctions digestives.

Le 19 mai, pendant le déjeuner, elle fut prise tout à coup d'accidents abdominaux graves ; elle n'avait eu dans la matinée aucun phénomène anormal et avait même été remarquablement gaie pen-

dant le commencement du repas ; puis vers la fin, et brusquement, elle se plaignit d'une douleur d'abord sourde et peu intense, mais rapidement très vive au point de faire craindre une syncope ; l'enfant fut mise à l'air dans le jardin, mais comme la pâleur augmentait on la fit remonter et on la coucha ; peu de temps après elle fut prise de vomissements et ces vomissements se répétèrent d'une façon presque incessante ; la douleur du ventre continua et parut se localiser dans la région inguinale droite.

On attribue ces accidents à une indigestion, on donne un vomitif, puis un lavement, puis la potion de Rivière et de la glace par petits fragments. Malgré tout, les vomissements persistèrent pendant la nuit et la douleur devint encore plus intense au point d'arracher des gémissements continuels. En même temps le pouls devint filiforme, puis imperceptible et incomptable, les traits étaient tirés et la physionomie offrait les caractères du facies abdominal.

C'est dans cet état que je vis la malade dans la soirée du 20 mai. Il y avait eu dans la journée des évacuations alvines, peu abondantes d'ailleurs, et formées surtout de matières glaireuses, sanguinolentes.

Le ventre était douloureux surtout dans la région inguinale droite, où l'exploration était difficile en raison de la douleur : il n'y avait pas cependant de ballonnement bien marqué.

On fit le diagnostic de péritonite sans pouvoir en déterminer la cause et la nature.

On continua le traitement : frictions mercurielles belladonées et cataplasmes sur le ventre, potion de Rivière, glace, champagne.

Le lendemain 21 mai, et surtout les jours suivants, une amélioration commença à se manifester ; les vomissements devinrent moins fréquents, puis s'arrêtèrent, et l'enfant put prendre et garder quelques gorgées de lait coupé avec de l'eau de Vals et glacé ; chaque fois cependant, l'ingestion d'une quantité même minime de liquide était suivie de vives coliques. Le ventre était moins douloureux, mais devenait plus volumineux sans que pourtant le ballonnement prit des proportions plus grandes.

Les phénomènes généraux s'amendaient aussi ; l'expression de

la figure était meilleure, le pouls qui était le 21 mai à 140, tombait à 130 le 22, puis à 104 le 23 mai. La température oscillait entre 38°,2 et 38°,8.

Une modification importante survenait aussi du côté du ventre, la douleur à la pression était moins vive et n'était plus aussi nettement localisée dans la région iliaque droite ; de plus on trouvait dans toute la région sous-ombilicale une sensation de rénitence plus marquée et une matité plus accentuée. Cette zone de matité sembla même, au bout de quelques jours, se déplacer vers la gauche, ou plutôt alors qu'elle restait très modérée à droite, devint très caractérisée dans la région comprise entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure gauche ; puis cette région se tuméfia et donna une sensation de rénitence d'abord vague, puis très nette.

Le 4 juin. — Il était évident que les accidents de péritonite s'étaient localisés et même qu'il existait une collection liquide, mais contrairement à ce qu'on aurait pu penser des phénomènes du début, c'est à gauche que se trouvait cette collection. La fièvre était toujours modérée et même pendant trois jours consécutifs le thermomètre n'avait pas dépassé 37°,4. Les garde-robes étaient à peu près normales, de temps en temps seulement on trouvait quelques glaires sanguinolentes ; jamais on n'a pu constater de pus dans les selles.

Cependant le ventre devenait plus volumineux ; la tuméfaction, bien qu'elle fût à peu près générale, était d'ailleurs plus marquée du côté gauche et c'est dans ce point que toujours on constate la matité et la rénitence, accompagnée même d'une sensation assez confuse de fluctuation.

Le 18 juin. — Le ventre continue à augmenter progressivement de volume. La mensuration au niveau de l'ombilic, qui était de 63 centimètres le 4 juin, est de 65 le 18 et le 22 juin elle atteint 69 centimètres.

Le 22 juin. — En dehors des phénomènes signalés plus haut, on constate au voisinage de l'ombilic l'existence d'une saillie assez limitée recouverte d'une peau légèrement rouge : ce qui semblait indiquer que la collection tendait à se faire jour à ce niveau.

Il semblait cependant qu'on ne devait pas se résoudre à attendre patiemment l'ouverture spontanée et qu'il y avait lieu de vider la poche.

En effet, le début de la maladie remontait à un mois, l'enfant était dans un état de dépérissement prononcé et l'intervention chirurgicale semblait devoir être très favorable, puisque suivant toute probabilité, pour des raisons que l'on donnera plus loin, il s'agissait d'une collection purulente due au pneumocoque, c'est-à-dire d'une forme relativement bénigne de suppuration.

L'enfant fut amenée à Paris et confiée aux soins de M. Lucas-Championnière qui l'avait déjà vue une quinzaine de jours auparavant.

M. Lucas-Championnière, en raison de l'élevation très modérée de la température, doutait quelque peu de l'existence d'une collection purulente. Il fit néanmoins le 25 juin une ponction et put de la sorte évacuer 4 litres de pus. L'examen de ce pus, fait par M. Netter, démontrait la présence de pneumocoques sans aucun des autres microbes de la suppuration.

Dès le lendemain la température tombait à la normale et la mensuration du ventre donnait le chiffre de 56 centimètres.

Peu de jours après, il parut que la suppuration se formait à nouveau ; le ventre devenait plus volumineux et de plus, dans les efforts de défécation, le pus se faisait jour par l'orifice de la ponction qui ne s'était pas fermé.

Il était donc nécessaire de recourir à une opération plus radicale.

Le 8 juillet, on fait la laparotomie. La paroi abdominale ayant été incisée sur la sonde cannelée dans une certaine étendue la poche fut vidée complètement, puis lavée avec une solution de chlorure de zinc, et la plaie fut recouverte d'un pansement antiseptique.

Quinze jours après l'enfant quittait Paris, complètement rétablie ; elle restait seulement encore très faible, mais au bout de peu de temps elle recommençait à reprendre et elle est aujourd'hui dans un état de parfaite santé.

Observation III

(Kirmisson, *Soc. de chir.*, 1895.)

L'enfant D..., Louis, âgé de 7 ans et demi, nous est présenté le 8 janvier dernier comme atteint de péritonite tuberculeuse. Nous apprenons que, cinq semaines auparavant, il s'est formé chez lui un abcès à évolution assez rapide au niveau de la malléole externe du côté droit. Des pointes de feu profondes appliquées en ce point arrêtèrent l'évolution de la suppuration ; mais, quelques jours après, un autre abcès se forma en dedans de l'articulation. Vers la même époque, le ventre devint douloureux. Actuellement, le ventre affecte la forme globuleuse ; mais la saillie est surtout marquée dans la région sous-ombilicale ; la partie sous-ombilicale de l'abdomen paraît relativement saine. Le ventre est partout également rénitent ; la palpation n'y décèle ni bosselures, ni induration. Le choc se transmet facilement d'une main à l'autre dans tous les sens.

Les veines sous-tégumenteuses sont développées.

La cicatrice ombilicale, dans sa partie inférieure, est saillante en avant et forme une bosselure rougeâtre au niveau de laquelle la peau est amincie. Le malade est constipé, pas de vomissements, la respiration est normale, amaigrissement assez marqué.

Il était évident, d'après les symptômes, que nous étions en présence d'une péritonite enkystée, occupant la moitié inférieure de l'abdomen et tendant à s'ouvrir à l'ombilic.

Il y avait donc urgence à intervenir.

Le 9 janvier, nous pratiquons, après chloroformisation, sur la ligne médiane, une incision longue de 6 centimètres environ, commençant un peu au-dessous de la cicatrice ombilicale. Les différentes couches de la paroi sont sectionnées au bistouri, puis le péritoine est déchiré avec la sonde cannelée ; l'ouverture est élargie avec le doigt. Immédiatement il s'écoule un flot énorme de pus crémeux, épais, verdâtre, renfermant de gros flocons. Le

doigt introduit dans la cavité pénètre jusqu'au fond du petit bassin sans rencontrer l'intestin qui a été refoulé de toutes parts ; on ne sent pas non plus la vessie qui est aplatie derrière la symphyse pubienne. Un lavage abondant de la cavité fait avec l'eau boriquée stérilisée entraîne encore de nombreuses nappes purulentes. Deux gros drains adossés en canon de fusil double sont introduits jusqu'au fond de la cavité pelvienne, et maintenus par un point de suture aux deux lèvres de la plaie. Pansement à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires ont été d'une simplicité parfaite. Dès le 11 janvier, la température est redevenue normale ; l'enfant mange et digère bien ; les urines sont toujours rares et l'intestin paresseux.

On continue à faire dans la poche des lavages à l'eau boriquée.

Le 8 février, les drains sont supprimés et remplacés par une petite mèche de gaze iodoformée. La suppuration est très minime.

Le 15 février, la suppuration a encore sensiblement diminué, la fistule est presque complètement fermée.

On ne retrouve pas d'empâtement dans l'abdomen. La santé générale est très bonne. Le pied est complètement guéri ; il ne reste qu'un peu de raideur dans les articulations tibio et médio-tarsiennes.

Le 18 février l'enfant quitte l'hôpital ; il peut être considéré comme guéri ; il conserve seulement une petite plaie superficielle. Depuis lors, nous avons eu de ses nouvelles, la guérison est aujourd'hui parfaite.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas particulier c'est qu'ici l'examen bactériologique du pus a été pratiqué. Il a décelé la présence en quantité très considérable du pneumocoque, associé à de rares streptocoques, absence absolue de bacilles tuberculeux.

Observation IV

Péritonite à pneumocoques. — Laparotomie. — Guérison.

(Morisse, *Thèse*, Paris, 1892.)

C..., Léontine, âgée de 7 ans, entre le 10 juin 1892, salle Triboulet, n° 12, service de M. le Dr Sevestre, à l'hôpital Trousseau.

Son père est atteint d'une affection pulmonaire, sa mère est bien portante, ainsi que ses sœurs.

Elle a eu dans sa première enfance la rougeole et depuis elle tousse un peu. Elle a toujours été de santé délicate.

Dimanche 5 juin, dans la journée elle fut prise de vomissements, de diarrhée et de douleur dans le ventre. Elle se couche, et depuis cette époque les vomissements n'ont plus reparu, mais la diarrhée a continué.

Elle refuse toute nourriture, même le lait, parce qu'elle n'a aucun appétit et parce qu'elle en souffre. Elle a de la fièvre dans l'après-midi et se plaint de mal de tête et de ventre.

A son entrée, le 18 juin, elle est abattue, somnolente. La langue est sale et légèrement sèche ; il n'y a pas d'appétit, mais elle boit souvent, le ventre est un peu ballonné.

Il y a de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite au niveau du cæcum, elle eut deux selles liquides dans la journée qui suivit son entrée.

Il n'y a rien au cœur, le pouls est régulier. Pas d'albumine.

En examinant les poumons, on constate par la percussion une légère submatité à la base droite ; à l'auscultation il y a des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine, mais plus nombreux et plus fins au niveau du poumon droit, mais sans que l'on puisse en faire un résidu de pneumonie.

Pas de taches rosées. Température : 38°,5 la veille au soir, 38°,8 le matin et 39° le soir.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde au huitième jour, étant donnés l'épidémie régnante et l'ensemble des symptômes.

Traitement. — Calomel, sulfate de quinine. Todd.

Le 12. — T. matin 38°,9, soir 39°,2. (On lui donne du bétol.)

Le 13. — T. matin 39°,4, soir 39°,8.

Le 14. — T. matin 38°,2, soir 39°.

Le 15. — T. matin 38°, soir 38°,6.

Le 16. — T. matin 38°,4, soir 39°.

Le 17. — T. matin 38°, soir 38°,5.

Le 18. — T. matin 37°,5, soir 38°,2. C'est le point le plus bas qu'elle atteigne. Il y a en même temps rémission dans les symptômes, l'enfant commence à jouer et bavarder. il n'y a pas d'appétit, mais l'état local reste le même : le ventre est un peu ballonné, la douleur reste toujours à la fosse iliaque droite, et c'est là qu'elle porte le doigt quand on lui demande où elle souffre. En examinant avec attention on voit que la douleur est exactement limitée à la région cæcale, qu'il y a là une zone de submatité et d'empâtement très manifeste.

Si la malade ne continuait pas à avoir de la diarrhée, on porterait le diagnostic d'appendicite, le diagnostic de fièvre typhoïde reste, tout en faisant des réserves au point de vue abdominal, que l'on surveille attentivement tous les jours, de crainte de quelque accident péritonéal. Toujours pas de taches lenticulaires.

L'état pulmonaire reste le même, il y a des râles de bronchite disséminés, mais au sommet droit on ne trouve plus de râles fins.

Rien au cœur, pas d'albumine.

Le 19. — T. matin, 37°,5, soir 38°,8.

Le 20. — T. matin 38°, soir 39°,2.

Le 21. — T. matin 38°, soir 39°.

Le 22. — T. matin 38°,4, soir 40°,2.

Augmentation inexplicable de la température. Amaigrissement considérable, le ventre est développé, météorisé, mais pas de matité, pas d'empâtement ; on s'en rend d'autant mieux compte que l'enfant se laisse facilement examiner et que son ventre est peu

douloureux sauf à droite, et au niveau de l'épigastre une pression un peu forte en cet endroit lui arrache des gémissements.

Diarrhée noire, fétide, presque incessante.

Le 23. — T. matin 38°,4, soir 40°,3.

Le 24. — T. matin 37°,5, soir 39°,6.

Le 25. — T. matin 37°,2, soir 39°,4.

Le 26. — T. matin 37°,8, soir 39°,6.

Le 26. — En la découvrant, on s'aperçoit que son ventre est très ballonné, très douloureux ; on délimite par la percussion et la palpation deux foyers d'empâtement douloureux dans les fosses iliaques, celui de droite au niveau du cæcum.

Le pouls est rapide, la circulation gênée, la face se grippe, les yeux s'excavent et les extrémités ont de la tendance au refroidissement.

Déjà la fièvre a revêtu le type à grandes oscillations de la suppuration. Il est incontestable que l'on a affaire à une péritonite, sans pouvoir en spécifier la nature, qu'elle soit tuberculeuse, due à la fièvre typhoïde ou à une appendicite. M. Sevestre, qui en a déjà observé un cas, émet l'hypothèse de péritonite à pneumocoques.

M. Jalaguier voit la malade le 27 juin et l'opération est décidée pour le lendemain, s'il n'y a pas amélioration de ces symptômes.

On fait sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 7 à 8 centimètres. Ses parois molles ne présentent rien de particulier jusqu'au voisinage du feuillet pariétal du péritoine. Ce dernier est considérablement épaissi, fibroïde, saignant facilement, il faut le sectionner à petits coups pour arriver à l'intérieur de la cavité abdominale.

Cet épaississement du péritoine ressemble à celui que l'on observe dans certaines péritonites chroniques.

Aussitôt la section du péritoine faite, le doigt introduit du côté gauche de l'abdomen donne issue à un flot de pus, contenant de nombreuses fausses membranes, plus ou moins épaisses, réunies entre elles et accolées pour former des grumeaux purulents.

Ce foyer est lavé à l'eau boriquée chaude, et la canule, prome-

née doucement dans la cavité abdominale, ramène du petit bassin une nouvelle quantité de pus.

A droite, où l'enfant souffrait le plus, où s'était montrée la tuméfaction, on ne trouve qu'un foyer purulent relativement petit, mais situé immédiatement derrière la paroi. Pendant qu'on l'évacue, il arrive tout à coup une odeur fécaloïde qui n'existait pas dans les autres foyers.

A ce moment, menace de syncope. On cesse la chloroformisation, on fait des injections d'éther.

On referme le ventre en ayant soin d'y laisser quatre drains.

Champagne glacé, Todd. Le soir, pouls 140. T. 38°,2.

Le 30 *juin.* — Deux selles diarrhéiques, on fait le pansement, l'enfant va beaucoup mieux.

Le 1er *juillet.* — La température remonte et l'on constate le lendemain l'existence d'une broncho-pneumonie double aux bases des poumons. En faisant le pansement, on remarque qu'en pressant du côté du cæcum il s'en échappe du pus à odeur fécaloïde.

On fait le pansement tous les jours.

L'évolution de la broncho-pneumonie va lentement.

Le 10. — La broncho-pneumonie est à peu près terminée ; la plaie abdominale ne donne presque plus rien, la température ne dépasse pas le soir 37°,5.

Le 12. — Les derniers drains sont enlevés, la plaie a bon aspect.

Le 15. — A moins de nouvelle complication, on peut considérer l'enfant comme guérie. La broncho-pneumonie a complètement disparu.

L'examen du pus, fait à l'Institut Pasteur par M. Pottier, interne des Hôpitaux, et M. Afkin, a montré que l'on avait affaire à des pneumocoques.

Observation V

(In *Thèse* Lecoq, Paris, 1893.)

Péritonite à pneumocoques consécutive à une pleurésie précédée de pneumonie. — Laparotomie. — Guérison.

M..... Olympe, âgée de 7 ans. entre le 22 octobre 1892, salle Bouvier, n° 35, service de M. le Dr Moizard à l'hôpital Trousseau.

Ses père et mère sont bien portants, ils ont six autres enfants actuellement en bonne santé.

Cette enfant a été nourrie au sein, elle s'est toujours bien portée jusqu'à il y a sept semaines.

Un médecin appelé constata, à cette époque, de la bronchite et ne revint pas. L'enfant ne s'est pas relevée, elle tousse beaucoup et depuis un temps que les parents ne savent pas préciser, elle se plaint de douleur au ventre, elle est constipée et elle a de la fièvre ; elle n'a pas eu de vomissements.

Le matin du 22 octobre, avant de venir à l'hôpital, l'enfant aurait vomi, d'après ses parents, deux litres de pus.

A son entrée dans le service, le ventre est saillant, uniformément ballonné, légèrement douloureux et un peu tuméfié à la région ombilicale : il contient manifestement du liquide.

La circulation veineuse sous-cutanée est très développée.

On constate une très légère sonorité tympanique dans le flanc droit quand on fait coucher la malade sur le côté gauche.

Le foie est petit, un peu remonté.

La rate est inappréciable.

Il y a des ganglions de la grosseur d'une noisette et peu nombreux aux aines, aux aisselles et sous le menton.

Du côté des poumons, on ne constate pas de matité, aucun signe de pleurésie, il y a seulement une légère submatité, aux sommets. A gauche la respiration est très rude, surtout en avant, il

y a une élévation de la tonalité sous la clavicule: à droite et en arrière la respiration est soufflante avec retentissement de la voix.

En somme: signes légers de condensation pulmonaire aux deux sommets, surtout à gauche, avec épanchement dans l'abdomen et adénopathie aux aines, sous l'aisselle et sous le menton.

Diagnostic. — Péritonite chronique avec ascite, probablement tuberculeuse.

On soumet la malade aux injections de gaïacol, on lui donne un Tood, du Bagnol.

Température axillaire 37° le matin, 37°,6 le soir.

Le 23 octobre. — Le traitement par les injections de gaïacol est commencé: on en injecte la valeur de deux seringues de Pravaz dans les fesses de l'enfant.

On continue ces injections les 24, 25, 26, 27 octobre.

Le 28. — L'ascite s'est évacuée spontanément par une ulcération de l'ombilic. Il est sorti environ deux litres d'un liquide purulent verdâtre.

Les 29, 30, 31. — Injections de deux seringues de gaïacol alternativement dans les fesses droite et gauche.

La température n'a pas dépassé 37°,6, sauf le 26 octobre, veille du jour où le pus s'est évacué, où elle a atteint 38°,6.

Le 1er novembre. — L'ascite s'évacue encore spontanément ; il sort à peu près un demi-litre de liquide purulent.

Le 2 novembre. — Troisième évacuation de pus, peu abondante cette fois.

Le 3 novembre. — Les injections de gaïacol sont continuées.

Le 4 novembre. — Nouvel examen complet, les phénomènes d'auscultation n'existent plus ; la submatité persiste avec perte d'élasticité sous le doigt dans la partie la plus interne de la région sous-claviculaire gauche.

L'examen bactériologique du pus fournit des cultures de pneumocoques absolument pures.

Rectification du diagnostic. — Péritonite à pneumocoques secondaire consécutive à une pleurésie purulente terminée par vo-

mique et qui n'a pas laissé de trace, pleurésie précédée elle-même d'une pneumonie qui laisse quelques vestiges au sommet gauche.

Les injections de gaïacol sont supprimées.

M. Moizard fait venir les parents de l'enfant qui refusent absolument toute intervention chirurgicale. Force est alors de se contenter de faire les pansements antiseptiques les plus minutieux.

Les 6, 7, 8, 9, 10, *novembre.* — Le pus continue de sortir par l'ombilic.

Le 14 *novembre.* — On constate au sommet de l'ombilic la petite ulcération de la grandeur d'une tête d'épingle par où le pus s'écoule plus ou moins abondamment.

On remarque que les jours où le pus s'écoule en moins grande quantité, le ventre est plus volumineux.

La température ne varie pas, elle oscille toujours entre 37° et 37°,8.

Le 20 *novembre.* — Première élévation de la température 38°,6 le soir.

Le 21 *novembre.* — 38°,4 le matin, 40° le soir. La malade s'est probablement infectée.

Le 22 *novembre.* — Les parents sont à nouveau prévenus de la nécessité d'une opération pour leur enfant et cette fois ils consentent.

T. 38°,8 le matin et 39° le soir.

Le 23. — T. 37°,6 le matin, 37°,8 le soir.

Le 24 *novembre.* — Passage de la malade en chirurgie où elle est opérée par M. Broca.

L'examen du pus est fait à nouveau.

Deux pipettes de ce pus ont servi à faire deux examens :

1° Avec le pus d'une des pipettes, des lamelles ont été préparées pour être examinées directement ;

2° Le pus de la deuxième pipette a servi à ensemencer des tubes de bouillon peptonisé, de sérum, de gélatine peptone, de gélose glycérinée.

L'examen direct des lamelles faites avec le pus de la première pipette a montré la présence du staphylocoque et des gros microcoques encapsulés.

Plusieurs lamelles ont été colorées par la méthode d'Erlich en vue d'y rechercher la présence du bacille de la tuberculose, mais sur aucune des lamelles on n'a pu le trouver.

L'examen des cultures est venu confirmer la présence du staphylococcus et, de plus, nous montrer les pneumocoques qui avaient été trouvés très abondants sur les lamelles faites directement avec le pus.

Nous devons cet examen bactériologique à l'obligeance de M. Barfier, interne du service, et à M. Grenouillet. Nous les en remercions sincèrement.

Les suites de l'opération furent normales, la température ne dépassa pas 38°.

Le 7 janvier. — La malade, complètement guérie depuis plusieurs semaines, rentre à la salle Bouvier. Elle a beaucoup engraissé et ses forces reviennent rapidement.

Observation VI

(M. Brun, *Presse Méd.*, 18 janvier 1896.)

Fillette, 4 ans, envoyée à la consultation par le Dr Sevestre en février 1895.

Bien portante d'habitude, quoique un peu frêle d'aspect, Blanche W... avait été prise, le 22 décembre 1894, au milieu de la nuit, de douleurs subites et très violentes dans le ventre. Ces douleurs avaient été, dès leur apparition, accompagnées de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Les vomissements, d'abord alimentaires, étaient promptement devenus bilieux ; la diarrhée était liquide, verdâtre et très fétide. Le lendemain, les vomissements avaient cessé, mais la diarrhée continuait et les douleurs persistaient toujours avec la même violence ; la température était à 40°,2 ; l'enfant avait du délire. Malgré l'administration de grands lavements boriqués et l'usage d'une potion au bétol et au laudanum, les symptômes graves du début persistèrent les jours suivants

sans modification sensible. Ce fut seulement le 31 décembre que la fièvre et la diarrhée cessèrent, en même temps que s'accusa une augmentation manifeste du volume du ventre.

Pendant les premiers jours de janvier, l'état général parut s'améliorer, l'appétit revint et il n'y eut plus de fièvre mais le ventre continua à augmenter de volume surtout dans sa partie sous-ombilicale ; il était douloureux à la pression.

A la fin de janvier le ventre était devenu énorme et, bien que la fièvre n'eût pas reparu, l'enfant avait beaucoup changé ; les traits étaient tirés, le nez effilé, les yeux cerclés de noir, la maigreur était extrême. C'est dans ces conditions que la petite malade fut présentée au Dr Sevestre qui, d'après l'évolution des accidents, porta le diagnostic de péritonite à pneumocoques et me l'adressa.

A son entrée dans mon service, le 1er février, on note l'état suivant : facies pâle, yeux excavés ; langue un peu sèche ; pouls régulier, mais faible ; pas de fièvre. Température 37°.

État général mauvais ; l'enfant est très maigre et offre l'aspect d'une tuberculeuse.

Inspection du ventre : augmentation de volume énorme ; saillie de l'ombilic qui est déplissé et au niveau duquel la peau paraît en voie de sphacèle, blanchâtre au centre, rouge à la périphérie. La tuméfaction, en ce point, offre à peu près le volume d'une noix et donne l'impression d'un abcès prêt à s'ouvrir spontanément.

Palpation : l'abdomen tout entier est rénitent ; la rénitence est cependant plus accentuée à la partie inférieure.

Percussion : matité étendue aux trois quarts inférieurs de l'abdomen, remontant jusqu'au voisinage de la région épigastrique où apparaît la sonorité du paquet intestinal refoulé en haut.

Rien dans les autres organes.

Le 2 février, après anesthésie au chloroforme, je pratique la laparotomie médiane. Je fais à la paroi abdominale une incision de 10 centimètres environ, 8 au-dessous, 2 au-dessus de l'ombilic, incision qui donne issue à plus de 2 litres d'un pus verdâtre, crémeux, sans odeur, contenant une certaine quantité de fausses membranes fibrineuses. Le pus évacué, je constate en arrière de la

paroi abdominale l'existence d'une vaste cavité allant d'un flanc à l'autre, se continuant directement en bas, avec la cavité du petit bassin dont les organes (vessie et utérus) sont tapissés de produits membraneux, limitée en arrière et en haut par un dôme de fausses membranes qui isole complètement l'intestin. Après lavage et essuyage de cette cavité, j'y place deux gros drains plongeant à droite et à gauche dans le petit bassin et je suture la plus grande partie de mon incision. Les suites furent des plus simples ; jamais la température ne s'éleva au-dessus de 37°. Un premier drain fut supprimé au deuxième pansement, le 9 février ; le deuxième fut enlevé le 15 février et le 20 la guérison était complète.

Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale, une certaine quantité de pus avait été recueillie aseptiquement dans des pipettes et confiée à M. J. Hallé, interne distingué des hôpitaux, qui voulut bien l'examiner et me remettre la note suivante :

« Le pus qui m'a été confié a été examiné au microscope, ensemencé sur différents milieux et inoculé à des animaux ».

Examen microscopique. — L'examen du pus sur lamelles colorées par une solution hydro-alcoolique de violet de gentiane montre une quantité assez peu considérable de micro-organismes. Ceux-ci apparaissent sous la forme de cocci, tantôt isolés, le plus souvent en diplocoques de forme ovoïde, quelques-uns sont allongés en grains de blé. Autour d'eux existe une zone réfringente non colorée.

Ces micro-organismes, traités par la méthode de Gram, restent très bien colorés. Par cette méthode, la zone réfringente visible par la coloration simple n'est plus distincte.

Plusieurs lamelles, examinées par la méthode d'Ehrlich pour la recherche des bacilles tuberculeux, n'ont montré aucun bacille de Koch. Sur les lamelles, nous n'avons trouvé aucune autre forme que celles mentionnées plus haut.

Cultures. — Avec le pus nous avons ensemencé les milieux suivants :

Un tube de gélatine qui, mis à 21°, n'a donné aucun développement.

Deux tubes de gélose, ensemencés par stries et mis à l'étuve à 37°, ont montré un développement abondant d'un parasite paraissant unique.

Les colonies ont la forme de points transparents, à peine visibles, prenant après 48 heures l'aspect de gouttes de rosée. Les colonies vérifiées ont montré un organisme identique à celui de l'examen direct du pus.

Une des colonies des tubes de gélose a été réensemencée sur gélatine et n'a pas donné de développement ; sur pomme de terre, il en a été de même, mais le réensemencement sur gélose a reproduit une culture identique du même organisme. Un tube de bouillon placé à l'étuve à 37°, ensemencé directement avec le pus, a été troublé en 24 heures et a montré un organisme en tous points semblable à celui trouvé dans le pus à l'examen direct.

Un tube de gélose sucrée, rempli jusqu'en haut et porté d'abord à l'autoclave à 100° pendant 20 minutes, est ensemencé par piqûres jusque dans la profondeur, dans le but de rechercher s'il n'existait pas d'organismes anaérobies. Après trois jours d'étuve, le tube paraît à peine modifié.

En examinant sur lamelles la traînée d'ensemencement, on peut colorer quelques organismes rappelant ceux trouvés à l'examen direct du pus.

Un tube de gélose ordinaire, ensemencé avec la traînée d'ensemencement de ce tube pour anaérobie, donna un développement peu abondant du même organisme.

En résumé, sur tous les milieux de culture employés, nous avons observé un seul organisme, gardant le Gram, ayant la forme d'un diplocoque le plus souvent, mais pouvant également former des chaînettes de trois ou quatre éléments de taille inégale. Cet organisme n'a pas cultivé sur gélatine ; ni sur pomme de terre ; il a peu ou pas poussé sur un tube de gélose sucrée en piqûres.

Inoculations. — L'inoculation directe du pus à la souris (demi-seringue de Pravaz à la cuisse) tue l'animal en 24 heures. L'examen direct de l'abcès du point d'inoculation, du sang du cœur et les cultures sur agar montrent le même organisme à l'état de pureté.

L'inoculation au lapin est faite sous la peau avec une seringue du bouillon contenu au fond d'une des cultures sur gélose. Le lapin meurt en 24 heures ; le sang du cœur permet de déceler des diplocoques encapsulés en grande abondance.

Cinq jours après la prise du pus, un cobaye a été inoculé à la cuisse avec une demi-seringue de Pravaz, dans l'espoir que, s'il existait des bacilles tuberculeux dans le pus, l'animal, résistant au diplocoque, mourrait tuberculeux : mais le cobaye meurt après cinq jours et l'examen direct et les cultures du sang du cœur montrent toujours le même organisme.

La rate montrait également le microbe gardant le Gram.

En résumé, dans le pus de cette péritonite, l'examen direct, les ensemencements, les inoculations permettent de conclure qu'il n'existait qu'un seul organisme. Cet organisme, par sa morphologie, par ses relations, ses caractères sur les différents milieux de culture, son pouvoir pathogène, doit être identifié au pneumocoque de Talamon-Fraenkel.

Observation VII

(M. Brun, *Presse méd.*, 18 janvier 1896.)

Ida D..., âgée de 3 ans, entre à l'hôpital le 10 octobre 1895, pour une fistule purulente de l'ombilic et, au sujet de laquelle il nous fut possible de recueillir les renseignements suivants :

Venue à terme, élevée au sein par sa mère, jusqu'à l'âge de 13 mois, bien portante généralement, allait quotidiennement à l'école, quand, le 21 septembre, à son réveil, elle fut brusquement prise de vomissements et de diarrhées ; elle souffrait en même temps beaucoup du ventre. Les jours suivants les vomissements persistèrent, il y eut de la fièvre, du délire, et le médecin, appelé auprès de l'enfant, parla de fièvre muqueuse. Le 7 octobre, Ida se plaignit davantage du ventre, vomit fréquemment et, pendant l'après-midi, la mère la pressant dans ses bras la trouva inondée

de pus. C'est alors qu'elle fut admise à l'hôpital, et qu'il nous fut possible de l'examiner.

L'état général est assez bon, la fièvre est modérée, oscillant entre 37 et 38° ; il n'y a ni constipation, ni diarrhée, mais les vomissements persistent. Le ventre n'est pas ballonné. Les parois sont partout souples et dépressibles, et aucune douleur ne paraît réveillée par une palpation même profonde. De l'ombilic sort un pus abondant, épais, crémeux, jaune-verdâtre, sans odeur ; la percussion de l'abdomen augmente l'écoulement purulent. Le pus qui recouvre l'ombilic ayant été essuyé, on aperçoit, au centre même de la cicatrice ombilicale, un orifice bordé d'un liséré jaunâtre. Un stylet introduit prudemment par ce trajet s'engage aisément dans la direction du petit bassin ; il pénètre profondément et facilement jusqu'à la symphyse du pubis.

Me basant sur la marche des accidents qui ont marqué le début de la maladie et sur les caractères objectifs du pus qui s'écoule par l'ombilic, je porte le diagnostic de péritonite à pneumocoques, qu'un examen bactériologique pratiqué par M. V. Griffon, interne du service confirme, ainsi qu'il résulte de la note que je reproduis ci-dessous :

Examen bactériologique du pus fourni par une fistule ombilicale. — Le pus a été recueilli dans une pipette stérilisée, son examen nous a donné les résultats suivants :

Examen direct. — Les lamelles sont colorées au bleu phéniqué de Kühne et au violet d'Ehrlich. On y voit des leucocytes très nombreux à noyau polynucléaire très net, et des diplocoques lancéolés, encapsulés, restant colorés après la réaction de Gram. On ne trouve en aucun point des différentes préparations de microbes autres que ces pneumocoques.

Cultures. — Ensemencé sur divers milieux, le pus donne naissance : dans le bouillon à un trouble uniforme et accusé ; sur gélose à de fines colonies, semblables à celles que donne d'habitude le pneumocoque. Mais quelques-uns seulement des tubes ensemencés ont cultivé.

Les colonies sont vérifiées au microscope et montrent une culture pure de pneumocoques.

Inoculations. — On inocule sous la peau du dos d'une souris une petite quantité du pus, diluée dans du bouillon stérilisé. L'animal meurt en moins de 48 heures. Des lamelles préparées avec le sang du cœur et par frottis des organes montrent des pneumocoques avec leurs caractères classiques. Le sang du cœur de la souris est ensemencé dans du bouillon et sur gélose inclinée : le bouillon se trouble et sur gélose il pousse d'abondantes colonies de pneumocoques. De cet examen on peut conclure que le pneumocoque existe, seul et virulent, dans le pus qui s'échappe de l'ombilic.

Pendant les premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, l'état d'Ida D... resta stationnaire ; mais, à partir du 14 octobre, il s'aggrava d'une manière sensible. Les vomissements reparurent, la température s'éleva à 39°, en même temps que la face se couvrait d'une éruption impétigineuse, surtout accentuée au niveau des lèvres et des joues. Pensant que cette aggravation symptomatique pouvait tenir à une évacuation imparfaite du foyer purulent intrapéritonéal, j'insistai auprès des parents pour obtenir leur consentement à une intervention que je pensais urgente, et je la pratiquai le 18 octobre.

Je fis à la paroi abdominale, sur la ligne médiane, une incision de 8 centimètres environ, de l'ombilic à la symphyse. Par cette incision s'écoula aussitôt un pus crémeux, épais, de coloration verdâtre, tenant en suspension des lambeaux de fausses membranes jaunâtres, épaisses, qui paraissent nager en liberté dans la cavité de l'abcès. Celle-ci évacuée, le doigt put aisément en reconnaître les limites et constater qu'elle s'étendait derrière la paroi abdominale jusqu'au niveau des fausses côtes en haut, jusque dans le petit bassin en bas, en avant de la masse intestinale qui était protégée par un rideau de fausses membranes épaisses. Après lavages et essuyage de ce vaste foyer suppurant, j'excisai au ciseau le trajet infecté de l'ombilic, je disposai 3 gros drains dans différentes directions et je suturai la plus grande partie de mon incision pariétale.

Contrairement à mon espoir, mon intervention ne modifia en rien la situation. La température resta les jours suivants à 39°,

sans rémission sensible; l'abattement fit des progrès; il survint de la dyspnée et le 21 octobre l'examen du thorax, qui jusque-là ne nous avait donné aucun renseignement, nous révéla au niveau du tiers moyen du poumon gauche l'existence d'un foyer pneumonique. Le 22 octobre, l'enfant mourut à 5 heures du soir et l'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort, nous révéla les lésions suivantes, qui, si on les rapproche de celles qui ont été décrites déjà dans d'autres observations et en particulier dans celle d'Arnozan (1), paraissent caractéristiques de la forme spéciale d'infection péritonéale que nous avons en vue.

Cavité abdominale. — La masse des viscères abdominaux est tapissée à sa face antérieure par une large fausse membrane, plus épaisse sur ses parties latérales qu'à sa partie moyenne amincie, isolant du reste de la grande cavité péritonéale une cavité suppurante qui s'étend en haut et à gauche jusqu'au diaphragme, dont la cavité est tapissée de fausses membranes; en haut et à droite jusqu'au bord antérieur du foie, lequel est adhérent à la paroi abdominale (la face antéro-supérieure du foie se laisse décoller facilement de la coupoule diaphragmatique à laquelle elle n'est reliée que par quelques tractus filamenteux peu résistants); la cavité remonte donc moins à droite qu'à gauche. En bas, la cavité descend dans le petit bassin jusqu'à la partie la plus déclive du cul-de-sac de Douglas; sa paroi antérieure répond à ce niveau à la surface postérieure de la vessie et de l'utérus, sa paroi postérieure à la face antérieure du rectum. Deux tractus filamenteux unissent la paroi postérieure de la cavité (fausse membrane qui tapisse la masse intestinale) à la face profonde de la paroi abdominale antérieure, en deux points symétriques qui répondent à l'union de la région hypogastrique avec les fosses iliaques. Sous la fausse membrane qui protège le reste de la cavité abdominale à la façon d'un tablier, l'intestin grêle est sain, sans dépoli et sans adhérences de ses anses dans la région médiane; sur les parties latérales, les côlons ascendant et descendant et les anses

(1) Arnozan et Cassaet. De la péritonite primitive à pneumocoques, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1895, n. 2, p. 33.

grêles avoisinantes sont recouverts d'exsudats, accolés, tapissés à leur surface de pus concret. De même, en haut et à gauche, au niveau de l'estomac et de la rate, la fausse membrane en tablier, plus épaisse qu'ailleurs, se dédouble pour contenir quelques cuillerées de pus épais entre ses deux feuillets.

Cavité thoracique. — A gauche, adhérence du lobe inférieur du poumon à la paroi thoracique et à la plèvre diaphragmatique, mais facilité assez grande de décollement. A la partie moyenne du poumon, tout près du lieu où la plèvre se réfléchit pour de la pariétale devenir médiastine, foyer de pleurésie enkystée, étalé; fausses membranes entourant une cuillerée de pus phlegmoneux. Hépatisation franche des trois quarts supérieurs du lobe inférieur gauche et d'une bande du lobe supérieur bordant la scissure interlobulaire. Des fragments plongent au fond du vase; du pus sort des petites bronches, à la pression.

A droite, adhérence de la base du poumon. Foyer de pleurésie enkystée à la partie moyenne de la hauteur du poumon, sur la ligne axillaire.

Exsudat épais, infiltré de pus phlegmoneux reliant la base du poumon au diaphragme.

Cœur. — Rien dans le péricarde; endocarde sain; foie jaunâtre, gras. Reins pâles et gros. Rate peu augmentée de volume, congestionnée, turgescente, noirâtre.

Examen bactériologique des humeurs et des organes. — Le pus pleural contient des pneumocoques très nets et très abondants (groupés en diplocoques ou en chaînettes de trois à quatre éléments, lancéolés, encapsulés, gardant le Gram), peu de leucocytes.

L'exsudat de l'hépatisation pneumonique montre des globules rouges, des leucocytes polynucléaires et des diplocoques encapsulés. On ne trouve pas ici cette disposition en chaînettes qu'affectait le pneumocoque sur les lamelles du pus pleural.

Une souris reçoit sous la peau du dos quelques gouttes de sang du cœur, recueilli 24 heures après la mort, la surface du ventricule ayant été stérilisée par le fer rouge au point où l'on enfonce la pipette. L'animal meurt au bout de 30 heures. A l'autopsie, les

lamelles préparées avec le sang ou par frottis des organes montrent des pneumocoques en abondance.

Observation VIII (Résumée)

(Malapert, de Poitiers, *Soc. de chir.*, 17 mars 1897.)

Il s'agit d'une enfant de 9 ans, prise le lendemain d'une chute de vives douleurs dans le ventre.

Élévation de température ; état général relativement mauvais.

Péritonite. Traitement médical pendant 3 semaines, puis ponction donnant 1 litre 1/2 de pus.

Laparotomie médiane. On tombe sur la vessie qui est ouverte par inadvertance, puis suturée par 3 plans à la soie fine. Evacuation de 3 litres de pus contenant des fausses membranes.

Lavage au sublimé a 1 pour 10,000 ; le pus occupait les fosses iliaques et le petit bassin.

Le ventre fut refermé après tamponnement du cul-de-sac de Douglas à la Mickulicz. Deux drains furent laissés, un dans chaque fosse illiaque.

Suppuration pendant 2 semaines. Lavage au sublimé.

Guérison.

Bien qu'il n'ait pas été fait de cultures, MM. Brun et Kirmisson, à la *Société de chirurgie,* pensent qu'il s'agit d'une péritonite à pneumocoques.

Observation IX

(Nélaton, *Bulletin médical*, 5 octobre 1890)

M. T..., âgée de 32 ans, entre à l'hôpital de la Charité.

Ne présente rien dans ses antécédents qui mérite de nous arrêter. Jusqu'au mois de juillet dernier, elle a joui d'une parfaite santé et fait sans interruption le métier de mécanicienne.

Elle fut réglée pour la première fois à 13 ans, et depuis lors sa menstruation ne présenta aucune irrégularité.

A vingt ans, elle devint enceinte et accoucha à terme d'un enfant qui, trois mois après, mourut de convulsions. Les suites de couches furent normales, jamais depuis cette époque la malade n'a souffert du ventre.

Le 20 juillet dernier, elle ressentit brusquement des coliques sans diarrhée, avec malaise général. Elle prit le lit, et trois jours après se fit conduire à l'hôpital.

M. Marie, dans le service de qui elle fut placée, diagnostiqua une pneumonie double et la soigna en conséquence.

A la fin du mois d'août, dans le décours de l'affection pulmonaire, au moment où la malade demandait à se lever, elle accusa une douleur légère au niveau de l'hypocondre gauche, et, tandis qu'on l'examinait, elle remarqua une augmentation de volume de son ventre.

Les jours suivants, la douleur persistait, le ventre devenait de plus en plus volumineux, cependant, à part quelques vomiturition se produisant le matin, les fonctions digestives restaient régulières, il n'y avait ni constipation, ni diarrhée, l'appétit restait passable. La température oscillait entre 38° et 38°,9 ou 39°,2.

La malade atteignit dans cet état les derniers jours du mois d'août; à partir de ce moment, c'est-à-dire un peu plus de 15 jours avant son entrée dans nos salles, son ventre augmenta régulièrement de volume. Le 4 septembre dernier, M. Marie constatant la présence d'une abondante collection liquide dans l'abdomen, fit une ponction qui donna issue à une centaine de grammes d'un pus crémeux et bien lié.

Il n'y a depuis lors rien de particulier à signaler. Le ventre a augmenté progressivement de volume, l'appétit s'est perdu, la respiration s'est embarrassée, l'état général est devenu grave en un mot, et le 16 septembre, on fit passer la malade dans notre service pour que nous puissions intervenir, s'il y avait lieu.

Voici le résultat de notre examen :

Nous trouvons une malade émaciée, pâle ; la face présente une

teinte blafarde, mais l'altération des traits ne rappelle en rien le facies péritonéal. Le ventre est distendu d'une façon uniforme et mesure un mètre de circonférence au niveau de l'ombilic. A sa surface on ne voit pas de circulation complémentaire, mais au niveau de la ponction, il existe une saillie régulière fluctuante reposant sur une base arrondie légèrement indurée (1).

La palpation se fait facilement sans provoquer de souffrances. Elle ne fait reconnaître aucune tumeur abdominale ; partout le ventre est uniformément tendu, partout on constate une fluctuation franche ; la sensation de flot est facilement perçue dans tous les points de l'abdomen au moindre choc sur la paroi.

A la percussion, l'abdomen est mat dans toute son étendue, sauf au niveau de la zone stomacale ; dans les flancs une percussion profonde dénote la sonorité intestinale à la partie la plus déclive.

Le toucher vaginal donne peu de renseignements. L'utérus est élevé, non douloureux, peu mobile. On perçoit facilement la fluctuation à travers les culs-de-sac vaginaux.

En percutant le thorax, on trouve, à partir de la pointe de l'omoplate, de la matité qui occupe les deux bases ; à ce niveau il existe du souffle et des râles sous-crépitants abondants, aussi bien à droite qu'à gauche.

L'urine ne contient ni albumine ni sucre. Les parois abdominales sont le siège d'un œdème léger, beaucoup plus marqué au niveau des membres inférieurs.

La malade est donc atteinte d'une péritonite, avec abondant épanchement purulent, ainsi que la ponction faite par M. Marie l'a démontré.

L'opération fut faite de la manière suivante :

Incision petite (4 centimètres environ) sur la ligne médiane qui donne issue à 6 ou 7 litres de pus verdâtre bien lié ; conditions antiseptiques ordinaires, évacuation du pus, grand lavage de la cavité péritonéale à l'aide d'un entonnoir relié par un tube en caoutchouc

---

(1) A la suite de la ponction il s'était formé un abcès pariétal.

à une canule en verre. On fit passer dans le ventre de l'eau tiède, préalablement bouillie jusqu'à ce qu'elle ressorte claire ; la canule fut conduite systématiquement dans les différentes régions de l'abdomen et l'eau étanchée à l'aide d'éponges antiseptiques montées. Drainage par le procédé de Mickulicz, qui consiste à introduire dans l'abdomen un long entonnoir formé avec de la gaze iodoformée.

On a fait des prises du pus dans l'intérieur du ventre, avec des pipettes stérilisées ; elles ont été examinées au laboratoire de la clinique par M. Cazin. Dans ce pus, il existait en abondance des pneumocoques qui formaient sur la préparation des chaînettes très développées. Les souris inoculées sont mortes après avoir cultivé le pneumocoque qu'on retrouve en abondance dans leur sang et dans tous leurs organes.

Observation X (Résumée)

(Brault, *Gaz. heb. de méd. et chir.*, 1897.)

B... Joséphine, 15 ans ; après un surmenage, la malade ressent le 5 octobre 1897 une douleur brusque dans le bas-ventre qui l'oblige à s'aliter. Les jours suivants : céphalalgie, nausées et vomissements. Le ventre est météorisé, il y a de la diarrhée. Température 39°.

Consultation le 12 octobre : Matité avec plastron dans la région sous-ombilicale, facies grippé, amaigrissement.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On évacue 600 grammes de pus verdâtre avec grumeaux fibrinoïdes. Drainage sans lavage. Défervescence le lendemain.

L'examen bactériologique prouve qu'il s'agit de pneumocoques et est confirmé par les cultures et les inoculations.

Le 28 octobre, abcès lombaire gauche à pneumocoques.

Observation XI (Résumée)

(Brault, *Gaz. heb. de méd. et chir.*, 1897.)

A..., 35 ans, entre au Disp. avec le diagnostic rétention d'urine.

On constate une tumeur occupant surtout le flanc gauche et la fosse iliaque droite.

Mictions fréquentes, peu abondantes dans l'intervalle desquelles l'urine s'écoule goutte à goutte.

Antécédents. — Nuls.

Mai 1894. — Douleur intense dans la fosse iliaque, fièvre, frissons, vomissements, sans constipation. La tuméfaction de la fosse iliaque disparaît derrière la contraction des muscles ; elle est mate, immobile pendant la respiration et fluctuante ; pas de plastron ; rien du côté du squelette.

Température 38°, émaciation. Facies terreux ; tendance aux syncopes ; anxiété.

Intervention le 10 juin, incision de Schuller. Un litre de liquide s'écoule fluide, blanc laiteux avec caillot fibrinoïde. Lavage et drainage.

L'examen du pus décèle des pneumocoques. Les cultures sont aussi démonstratives. Suites fort simples.

Guérison au bout d'un mois, s'étant maintenue 3 ans 1/2 après.

Observations XII et XIII (Résumées)

(Hagenbach-Burckhardt, *Correspond. bl. f. schweiz. Aerzt.* 1er octobre 1898, nº 19, p. 577.)

La première observation a trait à une enfant de 7 ans opérée pour une péritonite à pneumocoques classique. La laparotomie fut suivie de guérison rapide sans complication.

La seconde observation est celle d'une fillette de deux ans, brusquement prise de fièvre avec maux de tête et douleurs de ventre.

Le 5e jour on pense à une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur gauche ; on constate en outre une tuméfaction au 1/3 supérieur de l'humérus droit. Deux jours après on incise l'abcès de la cuisse ; le fémur était intact, le pus venait du ventre par-dessous l'arcade de Fallope, on incise l'abcès du bras ; il est intermuscu-

laire, sans lésion osseuse. Pus à pneumocoques. Guérison rapide.

Huit jours après, nouvel abcès au 1/3 supérieur de la cuisse droite. Incision ; le pus vient du ventre. Guérison. Apparition d'une arthrite du genou à pneumocoques. Incision.

Guérison.

Observation XIV (Résumée)

(Dantz. *Journ. de méd. chir. et pharmac.*, Bruxelles, 1889, p. 689.)

Justine, 7 ans, bonne santé antérieure. Le 25 avril et les jours suivants douleurs dans le ventre, maux de tête et perte d'appétit, pouls accéléré, température normale.

Le 5 mai, frissons, douleur atroce dans le ventre avec ballonnement, vomissements verdâtre, pouls à 140, température oscillant entre 39 et 41 ; faciès grippé ; aucun symptôme du côté des autres organes. Du 25 avril au 5 mai la malade a maigri beaucoup.

On porte le diagnostic de péritonite aiguë. L'application de 4 sangsues à l'hypogastre, les frictions à l'onguent mercuriel, les cataplasmes, le laudanum, l'antipyrine, la glace n'amènent aucune amélioration. Un grand vésicatoire ne fit pas mieux.

Le ventre, très ballonné le 20 mai, était mat dans les parties déclives ; on y perçut bientôt de la fluctuation.

Le 30 mai, une ponction exploratrice donne 3 litres de pus.

Opération le 3 juin par le Pr Sacré. Il s'écoula encore du pus infecté en abondance. Grand lavage à l'eau boriquée. Drainage.

Peu après, l'enfant très améliorée demandait à manger ; la température tomba vite à 37°, le teint devint meilleur et les fonctions se rétablirent promptement.

Le 5 juin, le pansement n'était souillé que d'un liquide jaunâtre sans odeur.

Le 7 juin on diminue le drain.

Le 11 on enlève les points de suture et le drain, et le 17 l'enfant se levait guérie.

Observation XV (Résumée)

(Jalaguiek. Traité des maladies de l'enfance par Grancher et Comby, tome III, page 65.)

Anna K.., 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 5 septembre 1894. Début le 3 septembre par fièvre, vomissements, diarrhée, délire. Douleurs dans le côté gauche de la poitrine, toux. 18 septembre, broncho-pneumonie double ; le 19, ballonnement du ventre, submatité, douleur à la pression, veinosité sous-cutanée, diarrhée.

Diagnostic. — Péritonite à pneumocoques. Laparotomie médiane le 20 septembre. Pus verdâtre avec membranes fibrineuses et caillots. Lavage à l'eau bouillie. Drainage. Guérison vers fin octobre.

L'enfant meurt le 26 décembre de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie il n'y a pas de péritonite.

Observation XVI (Résumée)

(Jalaguier. Traité des maladies de l'enfance par Grancher et Comby, tome III, page 65.)

Marcelle H.., 5 ans 1/2 entré à l'hôpital le 17 juin 1896. Début le 10 mai par indigestion, diarrhée, vomissements, douleur abdominale. Une ponction le 9 juin a donné du pus. 18 juin, ventre tendu, circulation collatérale, saillie ombilicale, matité sous-ombilicale. Laparotomie. Pus verdâtre, mêlé de caillots fibrineux. Lavage. Drainage. Guérison complète le 8 août. L'enfant est revue bien portante en janvier 1897.

Observation XVII (Résumée)

Péritonite purulente.

(Lafourcade. *Bull. de la soc. de chir.*, 27 oct. 1897.)

Femme de 24 ans, atteinte de bronchite chronique, présentait

une tumeur de la région hépatique du volume d'un œuf de poule. Deux semaines plus tard, douleur subite dans la région hépatique; disparition de la tumeur et signes de péritonite; accalmie de 15 jours suivie d'une nouvelle poussée. Une ponction évacue cinq litres de pus jaune-verdâtre, sédation remarquable pendant huit jours; nouvelle poussée le 11e jour après la ponction. La laparotomie donne issue à 7 litres de pus.

La péritonite, étendue, était cependant enkystée. Lavage. Drainage. Guérison.

M. Pozzi, discutant le rapport de M. Richelot sar cette observation, pense qu'il s'agit d'une péritonite à pneumocoques ; M. Richelot se rattache à la même opinion.

Observation XVIII (Résumée)

(Grancher. *Presse méd.*, 8 septembre 1894.)

Fille de 11 ans entre à l'hôpital, le 19 mars pour une péritonite datant de 3 mois. Le début a eu lieu par fièvre, insomnie et constipation avec douleurs de ventre ; l'enfant a gardé le lit depuis trois semaines. Le 1er mars, du pus s'écoule par le vagin. Empâtement dur et matité douloureuse sous-ombilicale. La pression abdominale fait sortir le pus par le vagin. Le 23 mars, fièvre, urine purulente, fistule ombilicale livrant passage à du pus. Ce pus contient du pneumocoque. Le 4 avril laparotomie par M. Brun. Péritonite enkystée. Drainage, sonde à demeure dans la vessie. Guérison le 4 mai.

Observation XIX (Résumée)

(Tapie. *Soc. méd. de Toulouse*, mars 1894.)

Fillette de 22 mois ayant présenté, il y a trois mois, des signes de péritonite aiguë, accidents graves les jours suivants. L'enfant

paraissait perdue, lorsqu'il se produisit une perforation sous-ombilicale spontanée donnant issue à du pus. Laparotomie médiane. Lavage à l'eau boriquée. Guérison en un mois.

Observations XX et XXI (Résumées)

(*Société de Chirurgie*, 28 avril 1897.)

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant pris de symptômes de péritonite généralisée d'origine appendiculaire ; bien qu'on fût au cinquième jour de la péritonite, l'auteur fit la laparotomie et trouva l'appendice décapité. Les anses flottant dans un pus ayant l'aspect typique du pus à pneumocoques et recouvrant de fausses membranes. L'enfant guérit.

Dans le deuxième cas il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans chez laquelle la péritonite appendiculaire se présenta dans les mêmes conditions et qui guérit par la laparotomie.

Observation XXII (Résumée)

(Goriastsckine. *Chir. lietop.*, 1894.)

Fillette de neuf ans et huit mois entré à l'hôpital le 29 mars 1893. Début cinq jours avant, par vives douleurs dans le ventre ; vomissements et diarrhée ; jusqu'au 1er avril, fièvre permanente ; olygurie, albumine, sommeil agité. Soif vive. Ventre peu douloureux. Aspect général très mauvais.

Laparotomie exploratrice : œdème du tissu cellulaire sous-péritonéal. Il y a du pus dans la séreuse avec des caillots fibrineux. Lavage. Drainage. Après l'intervention hypothermie 36°, nausées, agitations. Le 2 avril, pouls petit, gêne respiratoire, mort dans la nuit. L'autopsie montre qu'il s'agit de péritonite généralisée, dans le pus de laquelle on a trouvé du pneumocoque.

Observation XXIII (Résumée)

(Galliard. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 14 nov. 1890).

Anna P.., 11 ans 1/2, entrée le 1er août 1890. Début brusque par douleurs dans le ventre après exercice de gymnastique, puis vomissements, fièvre et abattement. État typhoïde, température 40°, prostration; ventre ballonné et douloureux. Constipation. Olygurie. Le 25, devant l'augmentation de la voussure abdominale et malgré des complications pleurales et cardiaques, M. Jalaguier fait la laparotomie qui donne issue à du pus verdâtre, fibrineux. Lavage à l'eau bouillie. Drainage. Malgré une amélioration passagère, l'enfant succombe le 31 à ses lésions cardiaques et pulmonaires.

Autopsie. — Péritonite étendue préépiploïque. Le pavillon de la trompe gauche est rouge et injecté. Abcès dans les hypocondres droit et gauche. Légers épanchements pleuraux avec fausses membranes; broncho-pneumonie suppurée, à droite péricardite fibrineuse. M. Netter décela des pneumocoques dans le pus abdominal.

Observation XXIV (Résumée)

(Goriastsckine. *Loco citato.*)

A. K.., fillette de 7 ans, fait une chute le 16 septembre 1893 et perd connaissance, frissons, fièvre, céphalalgie, vomissements, abattement prononcé, entre à l'hôpital le 18. Ventre douloureux peu tendu. Le lendemain, diarrhée, fièvre 40°, amaigrissement rapide. Le 24, ponction exploratrice de la ligne blanche sans résultat, laparotomie. On trouve 900 grammes de pus noirâtre et des caillots fibrineux dans le péritoine; fièvre jusqu'au 22 octobre; guérison complète à la fin de novembre.

Observation XXV (résumée)

(Brun. Traité des maladies de l'enfance par Grancher et Comby, t. III, p. 62.)

Jeanne L..., 4 ans et demi, entre aux Enfants-Malades le 29 juillet 1896. Début le 14 par douleurs abdominales, vomissements et diarrhée. Matité sous-ombilicale ; ombilic rouge, saillant et plissé.

Diagnostic. — Péritonite à pneumocoques. Laparotomie médiane le 29 juillet. Pus vert, sans odeur, avec fausses membranes. Drainage. Amélioration rapide. Guérison complète le 17 septembre.

L'examen bactériologique et les inoculations aux souris montrent qu'il s'agit de pneumocoques virulents.

Observation XXVI (résumée)

(Brun. Traité des maladies de l'enfance par Grancher et Comby, t. III, p. 63.)

Louise N..., 4 ans, entre aux Enfants-Malades le 31 août 1896. Début par une brusque et violente douleur abdominale avec vomissements, diarrhée et fièvre il y a 3 semaines.

A l'entrée, la malade est cyanosée, le pouls petit. Matité sous-ombilicale avec distension modérée. La cicatrice ombilicale fait hernie et la peau est rouge à ce niveau. Palpation douloureuse.

Diagnostic. — Péritonite à pneumocoques.

1er *septembre.* — Laparotomie médiane, on tombe sur une péritonite enkystée sous-ombilicale avec pus verdâtre et bien lié. Drainage. Guérison le 14 octobre.

L'existence du pneumocoque virulent et pur est démontrée par l'examen, la culture et l'inoculation.

Observation XXVII (résumée)

(Brun. Traité des maladies de l'enfance par Grancher et Comby, t. III, p. 63.)

Henriette D..., 3 ans. Début le 22 novembre 1896 par un état fébrile après quelques jours de courbature. Du 22 au 29 le thermomètre monte à 40°. Noyaux de broncho-pneumonie des deux côtés. Le 29, défervescence ; bon état jusqu'au 5 décembre.

A ce moment douleur brusque dans le ventre, vomissements, diarrhée sanglante. Ventre ballonné, douloureux. Le 17 décembre, ombilic plissé et rouge, matité sous-ombilicale.

Diagnostic. — Péritonite à pneumocoques. Laparotomie médiane le 18 décembre. Pus jaune-verdâtre, avec fausses membranes. Drainage. Chute de la température.

6 *janvier.* — Épanchement à la base droite.

10 *janvier.* — Empyème avec résection costale, amélioration immédiate. Guérison complète à la fin de janvier. Le pus examiné, ensemencé et inoculé aux souris contient des pneumocoques virulents purs.

OBSERVATIONS DE PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES NON OPÉRÉES

Observation XXVIII (résumée)

(Arnozan et Cassaet. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1897.)

Femme de 18 ans, domestique, entre à l'hôpital le 9 février 1894, se plaignant de douleurs très vives à la base de la poitrine et à la partie supérieure de l'abdomen dont le début remonte au 5 février.

Refroidissement pendant une veillée. Douleur subite le 5 février dans la région précordiale, tels sont les faits annotés au début.

Les jours suivants, température 38°,5. Irradiation douloureuse à tout le ventre, météorisme, dyspnée, pouls filiforme.

Malade pâle et prostrée, température 39°. Congestion pulmonaire bilatérale.

En raison de l'absence des troubles intestinaux on n'incrimine pas le tube digestif ; les signes de péritonites étant peu accusés, le chirurgien ne croit pas devoir intervenir.

Mort le soir.

L'autopsie montre une péritonite aiguë de la loge antérieure avec exsudat verdâtre, villeux et épais ; il y a 50 grammes de liquide séro-purulent, grumeleux dans la région pré-vésicale.

L'examen bactériologique montre qu'il s'agit du pneumocoque.

Observation XXIX (résumée)

(Weichselbaum. *Centralbl. für bakteriol. und parasitenkunde*, janvier 1889.)

Homme de 33 ans, entré le 27 août 1888. A commencé à maigrir depuis 2 ans. Œdème des extrémités inférieures. Épanchement dans les cavités pleurale et abdominale. Pas d'albumine. Douleur épigastrique. On pense à une tuberculose chronique des séreuses.

Le 22 septembre, fort météorisme, sans température.

Le 24 septembre. — Mort.

Autopsie. — Demi-litre de liquide séro-fibrineux, dans les deux plèvres, sans pneumonie.

Un litre d'exsudat de même nature dans la cavité péritonéale et le bassin. Carcinome de l'estomac propagé au lobe gauche du foie. Le liquide pleural et péritonéal contenait des pneumocoques.

L'auteur croit pouvoir affirmer que la péritonite était primitive et les pleurésies consécutives.

Observation XXX (résumée)

(Weichselbaum. *Loco citato.*)

Femme de 40 ans, entrée le 20 octobre 1888.

Depuis quatre jours, perte d'appétit, vomissements, douleurs abdominales. Collapsus. Mort le lendemain de l'entrée.

Autopsie. — Dans le péritoine et le petit bassin, liquide louche, brun, mélangé de flocons épars, mous, jaunâtres. Anses intestinales agglutinées par de la fibrine.

Épanchement pleural gauche avec ecchymoses sous-pleurales. Caillots fibrineux.

Ulcère de l'estomac adhérent au foie.

L'exsudat péritonéal contient de nombreux pneumocoques et quelques bacterium coli ?

L'inoculation à la souris produit la septicémie pneumococcique.

Observation XXXI (résumée)

(Boulay et Courtois-Suffit. *Société médicale des hôpitaux*, 16 mai 1890.)

Homme de 54 ans, entré le 17 mars 1890 à l'hôpital Andral.

Alcoolique invétéré. Délire violent, sans lésion viscérale apparente. Gonflement abdominal avec douleur. Le 20 mars, aggravation. Œdème de l'abdomen. Rétention d'urine. Mort.

Autopsie. — Péritonite intense généralisée avec pus verdâtre et fausses membranes.

Pas de perforation intestinale.

Méningite purulente généralisée. Pas d'autres lésions. L'exsudat méningé et le pus péritonéal contiennent du pneumocoque en abondance.

L'inoculation à la souris est positive.

Observation XXXII (résumée)

(Netter. *Société de biologie*, 26 juillet 1890.)

M. Netter rapporte à la Société l'histoire d'un enfant de trois ou quatre jours, sur lequel l'autopsie a permis de constater l'existence d'une péritonite à pneumocoques avec méningite de même nature. L'examen du sang a décelé le pneumocoque. On pense qu'il s'agissait peut-être là d'un cas par voie placentaire.

Observation XXXIII (résumée)

(Bozzolo. *Centralbl. f. klinische medicin*, 14 mars 1885.)

Homme de 20 ans, entré pour épididymite blennorragique. Passe en médecine pour néphrite aiguë grave. 20 à 40 grammes d'albumine par litre. Anasarque.

Température 40°, jour de l'entrée, puis normale jusqu'au 1er janvier, à cette date 39°,6, point de côté. Matité. Crachats sanglants. Pleuro-pneumonie.

2 janvier, abdomen douloureux spontanément et à la pression. Ponction de la plèvre et du péritoine : liquide séro-purulent contenant de nombreux cocci entourés d'une capsule colorée, forme et dimensions du pneumocoque. L'inoculation dans la plèvre et le péritoine des cobayes reste négative. Malgré ce résultat négatif l'auteur croit qu'il s'agit du pneumocoque.

Observation XXXIV (résumée)

(Cornil. *Journ. des connaiss. méd.*, 1886, p. 185.)

X..., 25 ans, blanchisseuse. Début par une tuméfaction du côté gauche du cou, gagna la ligne médiane et le côté droit. Fièvre, trismus, rougeur de la peau.

Diagnostic. — Oreillons. Le lendemain lymphangite sur le sein droit. Le troisième jour pneumonie. Mort le quatrième jour.

A l'autopsie le péritoine contient, dans le petit bassin, des fausses membranes fibrineuses récentes, jaune ambré et du liquide citrin. L'examen bactériologique des fausses membranes montre l'existence du pneumocoque.

Observation XXXV (résumée)

(Weichselbaum. *Wien. klin. Wochenschr.*, nº 31, 1888.)

A l'autopsie d'un homme de 69 ans, traité depuis longtemps pour emphysème pulmonaire, l'auteur a trouvé une pneumonie du lobe supérieur droit.

L'abdomen contenait un exsudat séro-purulent renfermant de nombreux pneumocoques qui donnèrent des cultures pures. Les inoculations au chien furent positives.

Observation XXXVI (résumée)

(Goriastsckine. *Chirurgitchesckaïa Lietopis*, volume IV, livre II, 1894.)

V. M..., 10 ans et 3 mois entre à l'hôpital le 18 novembre 1891. Début il y a cinq jours par fièvre, vomissements, puis diarrhée. Ballonnement du ventre, qui est douloureux, anurie. La dyspnée augmentant on ponctionne le 8e espace intercostal ; on retire du pus brunâtre. Mort quelques heures après.

Autopsie. — Epanchement séreux limpide dans la plèvre, quelques adhérences fibrino-purulentes à droite, œdème pulmonaire droit. Épanchement séreux péricardique. Le péritoine renferme du pus et des membranes fibrino-purulentes. L'examen bactériologique de ce pus fournit de nombreuses colonies de diplocoques encapsulés.

Observation XXXVII (résumée)

Péritonite et pleurésie pneumococciques. — Cancer de l'estomac.

(Guido-Banti. *Archives Clin. de Bordeaux*, avril 1896.)

M. S..., 60 ans, mort le 20 janvier 1889.

Autopsie. — Adhérences anciennes de la plèvre gauche. Pleurésie diaphragmatique fibrineuse à droite.

Poumons sains.

Péritonite fibrineuse diffuse. Carcinome ulcéré de la petite courbure. Nodule métastatique dans le foie. Péritonite à peine appréciable sur la séreuse gastrique et au droit du carcinome. Rien aux méninges.

Examen bactériologique. — Diplocoques et cocci encapsulés, prenant le Gram, dans les exsudats pleural et péritonéal. Septicémie chez le lapin en 36 heures, par inoculation sous-cutanée et péritonite fibrineuse. Hypertrophie de la rate et présence de diplocoques encapsulés dans le liquide péritonéal et dans le sang.

Les lapins inoculés avec le sang du premier sont morts après trois jours avec de la péritonite fibrineuse et sans augmentation de volume de la rate.

Ceux qui ont été inoculés avec le sang du second lapin sont morts en six jours présentant les mêmes lésions.

Enfin, deux lapins inoculés avec le sang du troisième, après avoir été malades pendant les premiers jours et avoir montré la réaction habituelle des inoculations, sont rétablis et aujourd'hui vraiment en parfaite santé.

Je note que j'ai toujours fait l'examen microscopique et la culture sur agar du sang des lapins morts, de ceux dont je me servais pour inoculations successives, et je me suis assuré de l'existence des mêmes diplocoques encapsulés, conservant les mêmes propriétés morphologiques et les mêmes caractères dans les cultures.

La culture sur agar produisit une végétation en goutte de rosée, ne se distinguant en aucune façon de celle du diplocoque de Fraenkel.

L'inoculation dans la gélatine du sang des lapins morts par septicémie ne donna lieu à auçun développement de lésions. Mais, inoculant des tubes d'agar, j'obtenais à 24° une faible végétation, le long de la strie de l'aiguille, en forme de nuage. Le bouillon se troublait faiblement par le développement de la bactérie. Chaque deux jours, j'ai renouvelé la culture dans de nouveaux tubes d'agar. Le passage d'un tube à l'autre réussit toujours, mais la bactérie semble avoir perdu de sa virulence.

Le 31 janvier, j'ai inoculé à un lapin, sous la peau, trois centimètres cubes d'une culture sur bouillon tenue à 35° pendant 24 heures. L'animal est resté sain. Pour m'assurer que la culture était pure, j'ai inoculé avec le bouillon des tubes d'agar où se produisit l'habituelle végétation.

Les bactéries développées dans les cultures examinées ne paraissent pas animées d'un mouvement propre. Elles se présentent en forme de diplocoques en chaînettes ou de monocoques.

Avec le Gram, elles restent colorées.

Observation XXXVIII (résumée)

(Charrin et Veillon. *Soc. de biol.*, 30 décembre 1890.)

Un malade atteint de cirrhose atrophique, et fortement amélioré, est pris d'accidents d'auto-intoxication consécutifs à une complication urinaire, puis d'une péritonite absolument latente qui entraîne la mort.

Les ponctions faites au moment de la mort donnent du pus fibrineux à peneumocoques purs et virulents comme le montre l'inoculation à la souris.

PÉRITONITES A PNEUMOCOQUES (OPÉRÉES)

NOMS DES AUTEURS	AGE DES MALADES	TERMINAISON
Broca (observation personnelle).	4 ans.	Guérison.
Sevestre.	8 ans.	Id.
Kirmisson.	7 ans 6 mois.	Id.
Morisse.	7 ans.	Id.
Lecoq.	7 ans.	Id.
Brun.	4 ans.	Id.
Brun.	3 ans.	Mort.
Malapert.	9 ans.	Guérison.
Nélaton.	32 ans.	Mort.
Brault.	15 ans.	Guérison.
Brault.	35 ans.	Id.
Hagenbach.	7 ans.	Id.
Hagenbach.	2 ans.	Id.
Dantz.	7 ans.	Id.
Jalaguier.	7 ans.	Id.
Jalaguier.	5 ans 6 mois.	Id.
Lafourcade.	24 ans.	Id.
Grancher.	11 ans.	Id.
Tapie.	1 an 10 mois.	Id.
Goriastsckine.	9 ans 8 mois.	Mort.
Galliard.	11 ans 6 mois.	Id.
Goriastsckine.	7 ans.	Guérison.
Brun.	4 ans 6 mois.	Id.
Brun.	4 ans.	Id.
Brun.	3 ans.	Id.

PERITONITES A PNEUMOCOQUES (NON OPÉRÉES)

NOMS DES AUTEURS	AGE DES MALADES	TERMINAISON
Arnozan et Cassaët.	18 ans.	Mort.
Weichselbaum.	33 ans.	Id.
Weichselbaum.	40 ans.	Id.
Boulay et Courtois-Suffit.	54 ans.	Id.
Netter.	3 jours.	Id.
Bozzolo.	20 ans.	Id.
Cornil.	25 ans.	Id.
Weichselbaum.	69 ans.	Id.
Goriastsckine.	10 ans 3 mois.	Id.
Guido-Banti.	60 ans.	Id.
Charrin et Veillon.	Adulte.	Id.
Pochon.	2 ans 6 mois.	Guérison.
Tordeus.	8 ans.	Id.

TRAITEMENT

La péritonite à pneumocoques nécessite-t-elle une intervention chirurgicale ? Il semble *a priori* que cette question puisse être posée, puisque la pleurésie purulente à pneumocoques a pu, dans certaines circonstances, guérir après la ponction simple (Netter). Sans hésiter, nous répondrons par l'affirmative, et nous verrons tout à l'heure pour quelles raisons; mais avant d'aller plus loin, il convient de se demander si la péritonite à pneumocoques peut guérir spontanément.

« Jamais la péritonite à pneumocoques, qu'elle soit primitive, associée ou post-pneumonique ne guérit spontanément. Les cinq malades qui ont survécu ont bénéficié en effet d'une large intervention chirurgicale, la laparotomie. » Telle est l'opinion formulée catégoriquement par Cassaët.

M. Comby (1), dans son article du traité des maladies de l'enfance, s'élève contre l'absolutisme d'une telle

(1) Comby. Traité de maladies de l'enfance, Paris, 1897, t. III, p. 60.

opinion. Il y donne du reste un démenti par l'observation suivante :

Observation (Pochon) (1)

C... Georgette, 2 ans et demi, entre à l'hôpital le premier décembre 1894 ; depuis 2 ou 3 jours : toux, anorexie, insomnie, fièvre, oppression. A l'entrée, on constate une broncho-pneumonie (souffles, râles à gauche). Le 5 décembre, la dyspnée augmente, le poumon droit est envahi. Température 39°,8. A partir du lendemain, la température oscille autour de 38° pendant 11 jours. Le 17 décembre, nouvelle poussée congestive ; râles sous-crépitants dans les deux poumons ; 39°,4. Le lendemain 38°,8, puis 38°,9 et enfin 37 le 21 décembre. Le 23 décembre nouvelle congestion avec 39°,4. A partir de ce moment exacerbation fébrile vespérale, chute des forces, amaigrissement, râles sous-crépitants au sommet gauche. On craint la tuberculose. Dans la nuit du 8 janvier, sans avoir souffert jamais du ventre, l'enfant perd tout à coup par l'ombilic une grande quantité de pus jaune-verdâtre inodore. Quand on pressait sur l'abdomen, on faisait sortir le pus, il s'agissait donc d'une péritonite insidieuse ouverte spontanément au dehors. Température 37°,5. Le pus examiné avec soin contient en abondance, et exclusivement le pneumocoque donnant sur gélose des cultures typiques. Une souris blanche inoculée sous la peau mourut en 24 heures et le microbe fut retrouvé dans son sang et ses organes.

A plusieurs reprises les écoulements ombilicaux se reproduisirent sans fièvre ; il y eut même une chute au-dessous de la normale (35°,4). Le reste du temps 37°. Le Dr Jalaguier, consulté, refusa d'intervenir.

Le 18 janvier, écoulement de pus par le vagin augmentant par la pression sur l'abdomen. La plaie ombilicale est cicatrisée ; le pus

(1) Pochon. Un cas d'infection généralisée à pneumocoq. *La médecine infantile*, 1895, p. 335.

recueilli à la vulve montre le pneumocoque. Au bout d'un mois l'écoulement vaginal est tari et la température normale; mais le 28 janvier, l'enfant se plaint de douleurs d'oreilles et une otorrhée fétide survient. L'examen bactériologique et l'inoculation du pus de l'otorrhée montrent l'association du pneumocoque et du bacillus fœtidus ; la salive, examinée de même, contenait du pneumocoque. Le sang de la malade examiné, était stérile. Cette malade a parfaitement guéri.

La guérison est donc possible par évacuation spontanée du pus. Bien plus, il semblerait que dans certains cas la péritonite à pneumocoques puisse se terminer par résolution, comme paraît le prouver l'observation suivante de Tordeus (1).

Observation (Tordeus).

V... Joséphine, âgée de 8 ans, a été prise brusquement il y a trois semaines en revenant de l'école, de vomissements et de dyspnée, de point de côté à gauche, de toux sèche, pénible, presque quinteuse. N'est-ce pas l'invasion d'une pneumonie ?

Le deuxième jour, violente douleur dans le ventre exagérée par la pression et les mouvements. En même temps état général grave, anxiété, agitation, dyspnée, vomissements porracés, selles fréquentes et liquides. Ballonnement du ventre, jambes enflées. C'est alors, 21 septembre, que l'enfant entre à l'hôpital avec 38°,5 de température, 140 pulsations, 72 respirations. Il y a de la matité en avant et à gauche de la poitrine ; en arrière, du souffle ; le cœur est dévié à droite.

(1) Tordeus. Fragments de pédiatrie. Bruxelles, 1897, p. 17.

Le ventre est volumineux, ses parois œdématiées avec des veines sous-cutanées très apparentes. On trouve de la matité et de la fluctuation en bas et sur les côtés. Urine rouge, acide, sans albumine.

Le 24 septembre, la température était de 38° le matin, 39°,5 le soir. Situation grave ; mais à partir du 28 la péritonite s'apaise et le thermomètre descend ; tous les symptômes diminuent.

Le 5 octobre le ventre est souple et indolore ; le 19, la plèvre est dégagée et l'enfant sort guérie au commencement de novembre.

Cette observation n'est pas absolument démonstrative, car, en somme, la nature de l'épanchement abdominal n'est pas démontrée ; il n'a pas été fait de ponction exploratrice ni d'examen bactériologique prouvant qu'il se soit agi du pneumocoque, et Tordeus ne parle pas de cette hypothèse, que M. Comby considère cependant comme la plus probable.

Y aurait-il d'après ces cas un traitement médical de la péritonite à pneumocoques ?

Autrefois il était d'usage d'appliquer *loco dolenti* des sangsues, de l'onguent napolitain, même le vésicatoire. On a employé les cataplasmes émollients, les vessies de glace sur l'abdomen, les bains tièdes. On a vanté encore l'immobilisation de l'intestin par une cuirasse de collodion sur le ventre et par l'opium sous forme d'extrait thébaïque (1 centigramme par jour et par année chez l'enfant), on a proposé aussi le calomel comme antiseptique intestinal. La diète liquide, les boissons froides et la potion de Rivière s'adressent aux vomissements incoercibles. Enfin Révilliod, de Genève, a insisté aussi sur le traitement médical ; mais les cas dont il parle et qui se sont terminés par guérison ne paraissent pas nettement se rattacher à des péritonites à pneumocoques.

Donc la guérison spontanée est possible ; mais elle est

excessivement rare, et nous ne croyons pas trop nous avancer en déclarant qu'on ne doit jamais compter sur elle. C'est dire, en même temps, que le traitement médical doit être considéré comme insuffisant et qu'il ne peut être autre chose qu'un adjuvant d'un traitement plus actif. Ce traitement ne sera pas la ponction simple ; pratiquée dans certains cas, elle n'a jamais donné de guérison.

D'ailleurs, dans la pleurésie méta-pneumonique, si la ponction a quelquefois été suivie de guérison, il faut bien reconnaître que l'intervention chirurgicale est de beaucoup supérieure.

Du reste, il semble que la virulence du pneumocoque dans la péritonite soit plus considérable que celle qu'il présente dans la pleurésie. Cette ponction ne saurait donc être qu'exploratrice pour permettre l'examen du pus.

C'est donc au traitement chirurgical qu'il faut recourir ; mais si l'on veut en attendre des succès, on devra le mettre en œuvre de bonne heure, sans temporiser, ni s'attarder au traitement médical.

En résumé, le véritable traitement de la péritonite à pneumocoques est la laparotomie dont nous n'avons pas à décrire ici le manuel opératoire dans ses détails. En général, l'incision la meilleure est l'incision médiane sous-ombilicale, sauf les cas où la collection purulente, nettement enkystée dans la fosse iliaque droite, semble appeler l'incision de ce côté. On se comporterait alors comme dans une appendicite aiguë. Dans les autres cas, tantôt l'ouverture du péritoine conduira directement sur la collection que l'on évacuera facilement ; on fera un nettoyage complet de la poche, sans toutefois détruire les

adhérences protectrices ; tantôt au contraire on arrivera dans la grande cavité péritonéale et il faudra libérer des adhérences pour ouvrir ou évacuer une ou plusieurs poches purulentes. Dans ce cas, on enlèvera avec soin les fausses membranes et on asséchera minutieusement la cavité. En tout cas, le lavage ne paraît pas utile, à moins que le pus ne soit fétide ou que la température ne tombe pas après l'intervention ; on devrait alors se servir d'eau bouillie salée. Il est évident aussi que dans toutes ces circonstances il faudra établir un bon drainage soit avec deux gros tubes de caoutchouc, soit par le procédé de Mickulicz.

Les suites opératoires ne présentent, en général, rien de particulier. Nous répéterons donc, en terminant, que le seul vrai traitement de la péritonite à pneumocoques est la laparotomie et qu'on a tout à gagner en la pratiquant de bonne heure.

La vulgarisation de cette méthode a d'ailleurs, comme nous l'avons vu, déjà modifié le diagnostic de cette variété clinique de péritonite.

CONCLUSIONS

1° La péritonite à pneumocoques est une affection assez rare ; on la rencontre plus souvent chez l'enfant et surtout sur la fille que chez l'adulte ;

2° L'étiologie et la pathogénie en sont assez obscures. L'infection semble se faire par voie lymphatique ou par voie circulatoire. Quelques points cependant se dégagent assez nettement : d'abord la péritonite peut être primitive, isolée ou associée à d'autres infections pneumococciques concomitantes. Elle peut aussi être secondaire, presque toujours consécutive alors à une pneumonie. D'un autre côté, un point à mettre en relief, qui domine la pathogénie de l'affection, est la grande virulence du pneumocoque ; les notions bactériologiques connues au sujet de ce microbe, son évolution cyclique et son atténuation rapide semblent expliquer la rareté de l'infection péritonéale ;

3° Les symptômes et la marche de la maladie laissent le diagnostic fort différent dans les péritonites secondaires ; mais dans la forme primitive, le diagnostic est possible par le début brusque et soudain, la douleur

vive, l'altération de l'état général et la diarrhée bientôt suivie d'une sédation marquée des symptômes, moins la fièvre, et d'une tendance à l'enkystement ;

4° Le diagnostic est sourtout à faire avec la fièvre typhoïde, l'appendicite, et dans certains cas, la péritonite tuberculeuse ;

5° Le pronostic, grave, comme dans toute péritonite suppurée, paraît cependant beaucoup moins sombre que dans les autres variétés, surtout lorsqu'une intervention précoce et bien conduite vient enrayer la marche de la maladie ;

6° La guérison spontanée est possible ; mais il ne faut jamais l'attendre et le seul traitement auquel on doive recourir, est le traitement chirurgical. On laissera donc de côté la ponction, qui s'est montrée insuffisante, et l'on pratiquera de bonne heure la laparotomie.

Vu :
Le Président de Thèse,
PAUL BERGER.

Vu :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan et Cassaet. — De la péritonite primitive à pneumocoques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 1895.

Babès. — Bakteriologische intersuchengen über septische processe der Kindersalter, 1889, p. 9.

Bouchard. — Les microbes pathogènes.

Boulay. — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. *Thèse,* Paris, 1891.

Boulay et Courtois-Suffit. — *Société médicale des Hôpitaux,* 16 mai 1890.

Bozzolo. — *Centralblatt f. klinische medicin.,* 14 mars 1885.

Brault. — *Gazette hebdom. de médecine et chirurgie,* 1897.

Brun. — *Presse médicale,* 18 janvier 1896.

Cassaet. — *Archives cliniques de Bordeaux,* nos 3, 4, 5. 1896.

Charrin et Veillon. — *Soc. de biologie,* 30 décembre 1890.

Cornil. — *Journal des connaissances médicales,* 1886, p. 185.

Dantz. — *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie,* Bruxelles, 1889, p. 689.

Degos. — *Thèse,* Bordeaux, 1895.

Gamaléia. — Étiologie de la pneumonie fibrineuse. *Annales de l'Institut Pasteur,* 1888.

Galliard. — *Société méd. des hôp.,* 14 nov. 1890.

Gaudron. — *Thèse,* Paris, 1876.

Goriastsckine. — *Chirurgitcheskaïa Lietopis,* vol IV, livre II, 1894.

Guido-Banti. — Pneumococco o diplococco capsulato. *Lo Sperimentale,* février 1889, p. 143 et suiv.

Hagenbach. — *Burckhardt. Corresp. bl. f. schweiz Ærzt,* 1er oct. 1895, n° 19, p. 597.

Grancher. — *Presse médicale,* 8 septembre 1894.

Grancher et Comby. — Traité des maladies de l'enfance, t. III, p. 62 et suiv.

Kirmisson. — *Soc. de chir.,* 8 mai 1895.

Lafourcade. — *Soc. de chir.,* 27 octobre 1897.

Lajotte. — *Thèse,* Paris, 1891.

Lecoq. — *Thèse, Paris,* 1893.

Malapert. — *Soc. de chir.,* 17 mars 1897.

Morisse. — *Thèse,* Paris, 1892.

Nélaton. — *Bulletin médical,* 5 oct. 1890, p. 885.

Netter. — *Thèse de Ménétrier.* Grippe et pneumonie, Paris, 1886.

— De la présence du microbe de la pneumonie dans la bouche des sujets sains. *Bull. méd.,* 1er mai 1887.

— Le pneumocoque. *Arch. de méd. expériment.,* 1890.

Pochon. — Un cas d'infection généralisée à pneumocoques. *La méd. infant.,* 1895, p. 335.

Roger et Bonnet. — Suppuration amicrobienne. *Soc. méd. des hôp.,* 5 juillet 1895.

Sevestre. — *Soc. méd. des hôp.,* 23 mai 1890.

Témime. — *Thèse,* Paris, 1898.

Tordeus. — Fragments de pédiatrie. Bruxelles, 1897, p. 17.

Weichselbaum. — *Wiener klinische Wochensch.,* nos 29, 30, 31, 32, 1888.

— *Centralbl. für bakteriol.,* janv. 1889.

Wurtz et Mosny. — De la réaction acide des cultures du pneumocoque. *Soc. de biol.,* 27 janvier 1894.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique	10
Étiologie	12
Anatomie pathologique	19
Symptômes	23
Diagnostic	30
Pronostic	35
Observations (péritonites à pneumocoques opérées)	38
Id. (péritonites à pneumocoques non opérées)	73
Traitement	82
Conclusions	88
Bibliographie	90

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.